Nr. 36. 2. września 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

W. KOSKOWSKI. Lwów.

Kilka uwag w sprawie działania feniny.

Z Instytutu farmakologji eksperymentalnej U. J. K.

Fenina *) *(Phenylum acetylo-salicylicum)* wprowadzona została do lecznictwa jako środek przeciwgorączkowy i przeciwneuralgiczny. W powodzi leków t. zw. specyficznych, które może mieć do dyspozycji lekarz praktykujący, ważnym sprawdzianem dla dobroci leku i efektu działania są jego własności farmakodynamiczne. I dlatego w doświadczeniach nad wpływem feniny na ustrój zwierzęcy staraliśmy się ustalić te właśnie właściwości działania w stosunku do narządów, które wchodzą w grę przy stosowaniu tego środka.

W doświadczeniach naszych zajęliśmy się więc wpływem feniny na gorączkę pochodzenia centralnego, wpływem na ośrodek solny, gdyż temu przypisują badacze pewien związek, badaliśmy wpływ na zdolności trawienne poszczególnych odcinków przewodu pokarmowego oraz określaliśmy warunki wchłaniania w przewodzie pokarmowym.

Celem stwierdzenia wpływu na czynność serca i ciśnienie krwi wprowadzano również feninę do żołądka u psów i badano krzywą, zapisywaną na kymografie Ludwiga w ciągu kilku godzin, nie stwierdzając jednak żadnych widocznych zmian.

1. Badając wpływ feniny na ciepłotę ciała u zwierząt normalnych nie stwierdziliśmy wybitniejszych wahań ciepłoty ciała mierzonej w odbytnicy. Króliki, którym wprowadzano doustnie 1 g feniny na sucho lub też przez zgłębnik do żołądka z kilkudziesięciu cm³ wody, nie wykazywały większych zmian ciepłoty ciała.

W drugiej serji doświadczeń wywoływaliśmy u królików gorączkę peptonową, wstrzykując podskórnie pepton Wittego w ilości 0,1 cm³ 20% roztworu na kilogram wagi ciała. W tych warunkach ciepłota ciała u królików podnosić się zaczyna przeciętnie po 3-ch godzinach i osiąga po 6—8 godzinach swe maksimum. Przykłady przytoczone doświadczeń, które zresztą przebiegają według tego samego typu, ilustrują najlepiej przebieg wzrostu ciepłoty ciała po peptonie oraz wpływ feniny wprowadzanej do przewodu pokarmowego na zachowanie się tej ciepłoty.

Doświadczenie I.

	A. Królik wagi 2.320 g	B. Królik wagi 2.350 g
10·30	Ciepłota ciała . . 38°C	38.6°
11·00	Wprowadzono podskórnie pepton W.	Wprowadzono podskórnie pepton W.
12·00	38°	38
13·00	38	38
14.00	39	38.2
15·00	39	38.2
15·05	39.1	
15·30	Wprowadzono 1 g feniny sondą do żołądka w 70 ccm wody.	
16·00	38.2	38.4
17·00	39.6	38.8
18·00	39.9	39.1
19·00	39.9	39.8
20·20	39.9	40
22·00	39.3	39.8
6·45 rano	38.4	38.9
12·00	38.1	38.9

Doświadczenie II.

	A. Królik wagi 2.010 g	B. Królik wagi 1.900 g
10·30	Ciepłota ciała . . 38.2	38.5
11·00	Wprowadzono podskórnie pepton W.	Wprowadzono podskórnie pepton W.
11·45	38.5	38.5
12·45	38.6	38.5
13·45	39	38.8
14·15	Wprowadzono per os (na sucho) 1.75 g feniny.	
15·00	39.1	38.9
15·35	39.5	39.2
16·05	39.5	39.2
16·35	39.2	39.1
17·05	39.2	39.2
17·35	39	39
18·05	39	39.8
18·35	39	39.9
19·05	38.9	39.9
20·00	38.9	39.9
7·00 rano	38.6	38.5

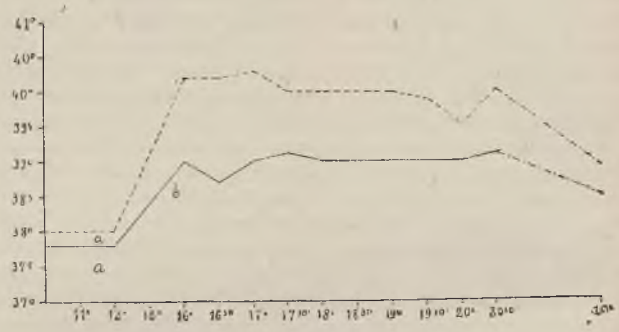
Doświadczenie III.

	A. Królik wagi 3.000 g	B. Królik wagi 3.170 g
11·00	Ciepłota normalna ciała . . 38.8°	38°
11·50	Wstrzyknięto podskórnie pepton W.	Wstrzyknięto podskórnie pepton W.
12·00	37.8	38
15·00	39	39.1
15·50	Wprowadzono 1 g feniny do żołądka.	
16·00	38.7	40.2
16·30	39	40.2
17·00	39·1	40.3
17·30	39	40
18·00	39	40
18·30	39	40
19·00	39	40
19·30	39	39.9
20·00	39	39.5
20·30	39.1	40
10·00 rano	38.5	38.9

Jak widać z przytoczonych przykładów i krzywych fenina wprowadzona do żołądka u zwierząt, u których wywołano gorączkę eksperymentalną, obniża ciepłotę ciała. Wpływ ten uwidacznia się wyraźnie jeżeli zestawimy różnice ciepłoty królika bezpośrednio przed wprowadzeniem feniny i u królika kontrolnego nie otrzymującego feniny. W przykładzie I-szym (Królik A) ciepłota po peptonie bezpośrednio przed wprowadzeniem feniny wynosi 39° C, maksymalny jej wzrost dochodzi do 39.5°, t. zn. o 0.5° C. Królik kontrolny B. w tym samym czasie i w tych samych warunkach eksperymentalnych posiada ciepłotę ciała najpierw 38.8° C, następnie maksymalny wzrost jej dochodzi do 39.9° C, t. zn. o 1.1° C i to w momencie kiedy ciepłota ciała po feninie już przedstawia spadek bezwzględny.

W przykładzie II-gim królik A. bezpośrednio przed otrzymaniem feniny ma ciepłotę ciała równą 39.1° C po peptonie. Maksymalny wzrost dochodzi do 39.9° C, t. zn. o 0.8° C. W tym samym

I

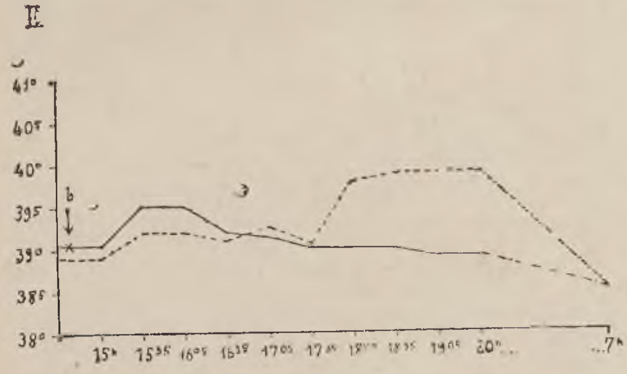


Krzywa I (vide dośw. III).
a — a₁ — wprowadzenie podskórne 20% peptonu Wittego
b — wprowadzenie doustne feniny
linja ciągła — przebieg ciepłoty ciała u królika otrzymującego feninę
linja kreskowana — przebieg ciepłoty ciała u królika kontrolnego.

*) Wyrabiana przez Tow. Akc. Motor w Warszawie.

czasie i warunkach królik kontrolny wykazuje wzrost ciepłoty ciała z 38.2° do 40° C, t. zn. o 1.8° C. I wreszcie w przykładzie III-cim różnice zaznaczają się jeszcze wyraźniej. Królik A bezpośrednio przed otrzymaniem feniny ma ciepłotę ciała równą 39° C po peptonie. Maksymalny wzrost dochodzi do 39.1° C, t. zn. o 0.1° C. Królik B. kontrolny w tych samych warunkach przedstawia wzrost z 39.1° na 40.3° C. t. zn. o 1.2° C.

2. Yamagishi z Tokio studjując stosunek między ośrodkiem solnym a ośrodkiem ciepłoty ciała dochodzi do wniosków następujących: „Gdy ośrodek solny jest pobudzony przez roztwory solne hipertoniczne obniża się jednocześnie ciepłota ciała, gdy zaś przez roztwory hipotoniczne ciepłota ciała podwyższa się! Z tego Yamagishi wnosi, że bodźce, które działają na ośrodek solny, działają również na ośrodek ciepłoty ciała. Można to rozumowanie



Krzywa II (vide dośw. II).
Na krzywej uwidoczniony moment gorączki po peptonie Wittego u królików.
b — wprowadzenie doustne feniny
linja ciągła — przebieg ciepłoty ciała u królika otrzymującego feninę
linja kreskowana — przebieg ciepłoty ciała u królika kontrolnego.

odwrócić i szukać, czy ośrodki przeciwgorączkowe obniżające pobudliwość ośrodków cieplnych wpływają na zmniejszenie się pobudliwości ośrodka solnego. Na tej podstawie zastosowaliśmy feninę do wewnątrz pragnąc się przekonać, czy pod jej wpływem nastąpi obniżenie się pobudliwości ośrodka solnego. W tym celu wykonaliśmy szereg doświadczeń na królikach oznaczając ilościowo chlorki we krwi u zwierząt normalnych oraz u zwierząt, którym stosownie do przyjętej techniki, wprowadzano dotętniczo do tętnicy szyjnej roztwory hiper względnie hipotoniczne soli kuchennej, chemicznie czystej. Do oznaczania chlorków we krwi używaliśmy metody Rusznyák'a. Ciepłotę ciała mierzono w odbytnicy. Wprowadzanie więc dotętnicze roztworów solnych hipertonicznych powoduje spadek chlorków we krwi. W doświadczeniach naszych wprowadzenie królikowi n. p. 1 cm³ roztworu 5% NaCl wywoływało spadek chlorków we krwi z 0,83% na 0,75%. Różnica w tym doświadczeniu wynosiła zatem 0.08 g na 100 cm³ krwi. Jeżeli wprowadzamy feninę do żołądka w ilości 1 lub 2 g, to przekonujemy się, że spadek chlorków po wstrzyknięciu roztworu hipertonicznego soli kuchennej jest znacznie mniejszy a w niektórych nawet doświadczeniach w ciągu takiego samego okresu czasu nie ulega żadnej zmianie. Podobnie zaznacza się wpływ na zachowanie się chlorków we krwi przy wstrzykiwaniach dotętniczych roztworów hipotonicznych. Wstrzyknięcie roztworu soli kuchennej 0,2% w ilości 1 cm³ powoduje zwykle wzrost chlorków we krwi n. p. w doświadczeniach naszych wzrost z 0,81% na 0,87% lub też z 0,92% na 0,991% a nawet na 1,026%. Wzrost zatem ilości chlorków we krwi wyrażał się jako przyrost o 0,06 a nawet o 0,106 g na 100 cm³ krwi. W tych doświadczeniach wprowadzanie feniny do żołądka powodowało zawsze zatrzymanie wzrostu chlorków we krwi pod wpływem roztworów hipotonicznych NaCl a w każdym razie wzrost ten był znacznie słabszy (maksymalnie w naszych doświadczeniach o 0,046 g na 100 cm³ krwi).

Rozpatrując wyniki eksperymentalne autorów japońskich (Yamagishi, Sato i in.) oraz wyniki nasze można przyjąć, iż istotnie pewne środki, które działają jako narkotyki ośrodka cieplnego — że użyjemy tutaj określenia Schmiedeberga i Gottlieba — wywierają wpływ podobny i na ośrodek solny.

3. Pozostaje nam do omówienia pokrótce wpływ feniny na zdolności trawienne soków. Badano wpływ ten u psów, którym podawano per os codziennie przez kilka tygodni feninę. Psy opatrzone były przetokami: żołądkową i jelitową, z których zbierano sok żołądkowy względnie jelitowy i poddawano badaniu na czynność fermentów. Badano również soki „in vitro" z dodatkiem feniny na ich własności trawienne. Jeżeli chodzi o czynność proteolityczną soku żołądkowego wydobywanego z przetoki żołądkowej psa, który codziennie w ciągu trzech tygodni otrzymywał 1 g feniny to czynność ta nie ulegała wybitniejszym zmianom. Podobnie zachowywał się stan kwasoty całkowitej. Wyniki nie odbiegały od danych otrzymywanych „in vitro". Jeśli chodzi o sok jelitowy „in vivo" i „in vitro" to tutaj również zmian wyraźnych nie zauważono w stężeniu inwertazy, lipazy i amylazy, aczkolwiek przeważnie dawała się zauważyć pewna tendencja do wzmożenia siły fermentacyjnej i to szczególnie jeśli chodziło o lipazę. Takie same efekty otrzymywaliśmy badając wpływ feniny na czynności fermentacyjne soku trzustkowego. Praktycznie może fakt ten mieć o tyle znaczenie, iż absolutnie niema mowy o znaczniejszem hamowaniu czynności fermentacyjnych soków trawiennych pod wpływem feniny.

4. Badano wreszcie zdolności wchłaniania feniny. Technika badania polegała na tem, iż wprowadzano feninę do żołądka opatrzonego kaniulą, do przetoki Thiry-Velá'i, której ujście zamykano bandażem gumowym i wreszcie do przetoki kiszki grubej, której otwór zewnętrzny również zamykano opaską a następnie w różnych odstępach czasu dokładnie przepłókiwano przetoki zbierając wypływającą a niewchłoniętą feninę i wagowo określając jej ilość przez różnicę po odparowaniu łagodnem na łaźni i dokładnem wysuszeniu w eksykatorze. Żołądek i przetoki przedtem dokładnie przepłukiwano roztworem fizjologicznym soli kuchennej. Dla porównawczych celów sposób ten jest wystarczający, aczkolwiek istnieje pewien błąd, który tworzyć mogą części stałe wypłókiwanych soków trawiennych. Staraliśmy się usuwać przynajmniej w części ten błąd segregując mechanicznie kryształki feniny i przemywając je kilkakrotnie wodą.

Feninę wprowadzaną zatem do żołądka i przetok jelitowej i kiszkowej wypłókiwano w różnych okresach czasu a mianowicie po 30 minutach, po godzinie, po trzech godzinach i po sześciu godzinach. Z określeń tych okazuje się że wchłanianie z żołądka nie istnieje lub jeśli jest to praktycznie niema żadnego znaczenia, gdyż tak jest niewielkie. Najszybciej ulega fenina resorbcji w jelicie cienkiem. N. p. po wprowadzeniu 1.5 g feniny do żołądka wydobyto po 1 godzinie 1,2 g przeważnie kryształków feniny i około 0,2 g jednolitego proszku. W tym samym okresie czasu t. j. po jednej godzinie wydobyto z przetoki jelita cienkiego 0,065 g feniny (po wypłókaniu same kryształki feniny); z kiszki grubej otrzymano w tych samych warunkach 0,479 g przeważnie kryształków feniny. Chodzi nam tutaj wyłącznie o wyniki porównawcze zdolności wchłaniania się feniny w różnych odcinkach przewodu pokarmowego. Po 4-ch godz. wypłukana zawartość jelita cienkiego i kiszki grubej zawiera zaledwie ślady feniny a po 6 godzinach niema jej zupełnie. Wchłanianie następuje więc w jelicie cienkiem przedewszystkiem, następnie w kiszce grubej o ile naturalnie część niezresorbowana feniny po przyjęciu *per os* tamby się dostała.

Z powyższych doświadczeń wynika, że fenina jest środkiem przeciwgorączkowym, wchłania się dobrze przedewszystkiem w jelicie cienkiem i nie działa hamująco na procesy trawienne zachodzące w przewodzie pokarmowym.

Piśmiennictwo.

1) K. Yamagishi: On the relation between the Salt Centre and the Temperature regulating Centre. (Jap. Journ. of Medical Sciences IV. Pharmacology Vol. I. Nr. 3, 1927. (XXIII). — 2) S. Sato: Salt Centre and Antipyretics (ibidem XXIV). — 3) R. Schnepel: Ueber den Krampfgiftcharakter der Antipyretica. (Arch. f. d. exp. Pharm. u. Pathologie T. 127. 1928. Str. 236). — 4) S. Rusznyák: Biochem. Zeitschrift T. 114. str. 23. 1921.

MOSSOR STANISŁAW Lwów
TUMIDAJSKI JULJAN

O otorbionych wysiękach i odmie śródpiersia, w związku z przypadkiem hydro-pneumothorax mediastinalis posterior inferior dexter.

Z Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Roman Rencki.

Rozpoznawanie zmian chorobowych toczących się w śródpiersiu napotyka czasem na duże trudności, które spowodowane są głównie swoistemi warunkami anatomicznemi, a w związku z tem brakiem całkowitym, kiedyindziej znów nietypowością różnorodnych objawów podmiotowych i przedmiotowych.

Nie wszystkie też schorzenia wykazać można zapomocą zwykłego badania fizykalnego (pewne nowotwory, tętniaki aorty, powiększenia gruczołów chłonnych, gruczołu tarczowego, sprawy uciskowe lub zapalne wychodzące z przełyku, worka osierdziowego i t. d.), w niektórych uciec się trzeba do różnych metod pomocniczych, zwłaszcza promieni Roentgena. Dotyczy to w pierwszym rzędzie schorzeń śródpiersiowych odcinków opłucnej.

Zapalenia opłucnej śródpiersia *(pleuritis mediastinalis)*, znane z autopsji już od Laenneca, zaczęły uzyskiwać postać kliniczną, dzięki spostrzeżeniom Andrala, Chauffarda i in., którzy opisywali głównie ostre jej postacie surowicze lub ropne, dające wyraźne objawy kliniczne, zwłaszcza przez ucisk na otoczenie. Z wprowadzeniem do badań promieni Roentgena uległa znajomość ich znacznej rozbudowie, tak, że pojawiające się obecnie prace z ich zakresu dorzucają tylko szczegóły do ugruntowanego głównie przez autorów francuskich całokształtu, zmiennego bardzo w swych poszczególnych przejawach obrazu zapalenia opłucnej śródpiersia. Ponieważ stany te w piśmiennictwie polskiem nie były dotąd opracowywane, omówimy je szerzej, w związku ze spostrzeganym przez nas odpowiednim przypadkiem.

Przez pleuritis mediastinalis rozumiemy ograniczony, otorbiony wysięk między śródpiersiowym a płucnym listkiem opłucnej, który wyróżnia się przez swe usadowienie i objawy kliniczne od innych postaci zapalenia ograniczonego (pleuritis apicalis, diaphragmatica, interlobaris, costalis). Budowa anatomiczna śródpiersia, które dzieli się na kilka odcinków wytworzonych przez znajdujące się tam trzewia i naczynia, warunkuje tworzenie się wysięków w odcinku śródpiersia przednim lub tylnym, prawym lub lewym, górnym lub dolnym, pod postacią pleuritis mediast. anterior lub posterior, dextra lub sinistra, superior lub inferior, czasem w różnych połączeniach. Zależnie od jakości wysięku znane są zapalenia surowicze, surowiczo-włóknikowe, ropne, wreszcie czysto włóknikowo-zlepne. Objawy kliniczne są bardzo różnorodne, zależnie od nasilenia, usadowienia i rodzaju zapalenia. W schorzeniach śródpiersia przedniego, idących szybko, połączonych z dużym surowiczym, zwłaszcza ropnym wysiękiem, dominuje ciężki stan ogólny, gorączka, duszność, sinica, uczucie ucisku i gwałtowne, kłujące bóle poza mostkiem, czasem występuje utrudnienie w połykaniu, objawy dusznicy bolesnej, obrzęk głośni, chrypka i t. d. jako objawy uciskowe. W przypadkach tych stwierdza się trójkątne stłumienie poza mostkiem, łączące się ze stłumieniem serca i rzadko tylko dające się od niego wyróżnić przez różnicę brzmienia, dalej przemieszczenie serca, zmiany w jakości tonów i częstości uderzeń serca, wyjątkowo w początkach tarcie poza mostkiem lub w okolicy serca, jako dowód zajęcia osierdzia, niekiedy trzeszczenia atelektatyczne z otoczenia, prócz innych objawów uciskowych. Przy zajęciu któreś z części śródpiersia tylnego objawy podmiotowe poza odmienną siedzibą bólów nie różnią się wiele od poprzednich, badaniem fizykalnem zaś stwierdza się czasem bolesność przy opukiwaniu wyrostków kręgowych, przy większych wysiękach zmiany wypukowe tuż przy kręgosłupie między łopatkami i niżej, zależnie od rozmiarów wysięku odpowiednie objawy ze strony płuc. Równocześnie częste zajęcie opłucnej przeponowej, przewaga objawów ze strony płuc, serca i t. d. mogą bardzo utrudnić postawienie właściwego rozpoznania. Przy przebiegu lekkim, zwłaszcza, gdy chodzi o postać suchą, włóknikową, chorzy skarżą się również na uczucie ucisku, nieokreślone bóle i kłucie poza mostkiem lub w okolicy serca, kaszel, utrudnienie połykania z powodu kurczów przełyku, lub objawy raczej sercowe. Wypukowych zmian tutaj nie stwierdza się, przysłuchem czasem tarcie poza mostkiem lub w okolicy serca, ew. przy kręgosłupie; częściej jednak objawów określonych niema wcale.

Próbowano niejednokrotnie wyodrębnić pewne, charakterystyczne jakoby dolegliwości i objawy fizykalne dla schorzeń tego rodzaju. Künsli, Brieger i in. każą szukać umiejscowienia bólów w 2 przestworze międzyżebrowym prawym przy pleuritis med. ant. dextra, poza górną lub dolną częścią mostka, i z tyłu, zwłaszcza wzdłuż kręgosłupa. Nie są to jednak cechy stałe, tak, że opierać się na nich nie można. Jak we wielu sprawach niejasnych tak i tutaj, pozwalają promienie Roentgena wyróżnić i umiejscowić uchodzące wszelkiemu badaniu zmiany opłucnowe nawet małego stopnia, szczególnie najpospolitsze, a najbardziej przeważnie nieuchwytne zapalenia włóknikowe lub suche, które sprawiając choremu dużo nieraz dolegliwości pozostawiają czasem poważne następstwa, choć na ogół przebiegają pomyślnie.

Dzisiejszą znajomość obrazów roentgenologicznych wysięków płucnej śródpiersia zawdzięczamy Savigny'emu i Devic'owi, którzy pierwsi w 1910 r. podali o nich dokładne spostrzeżenia, wyczerpujące również stronę etjologiczną i objawową, potem szeregowi innych autorów francuskich, których piśmiennictwo zebrali Savy i Frick. Z autorów niemieckich stroną radjologiczną tych stanów zajmowali się m. in. Lorey, Herrnheiser, Brieger, z innych Van der Mandele, Pincherle, Rist Jakob i Trocmé; ze stanowiska klinicznego ujmowali je Rehberg, Bruns i Ewig, Brieger i Schröter, Weiss i wiele in. Według wszystkich obrazy rentgenologiczne wysięków opłucnowych przedstawiają się dość typowo. W prześwietleniu strzałkowem wysięk w śródpiersiu przedniem przedstawia się jako jednolity cień, którego kontur zewnętrzny przebiega naogół równolegle do cienia serca i nie daje się zwykle od niego oddzielić, z ostremi, łukowato od miąższu płucnego odcinającemi się granicami. Zależnie od rozmiarów wysięku wchodzi cień jego głębiej i wyżej w miąższ płuca, ku dołowi odgraniczony jest przez przeponę, lub do niej nie dochodzi, jeżeli są zrosty w dolnej części jamy opłucnej śródpiersia (Lorey). Podług Savy'ego cechą wysięku w jamie opłucnowej śródpiersia tylnego jest przykręgowy wstęgowaty cień o ostrym brzegu wewnętrznym, dobrze zwykle ruchomy przy oddychaniu. Większy wysięk przedni tworzy trójkąt wypełniający kąt sercowo-wątrobowy, tylny przeziera nieraz jako trójkąt poprzez cień serca (Assmann). Prześwietlać należy oczywiście w różnych kierunkach.

Osobna uwaga należy się t. zw. suchym, zlepnym zapaleniom opłucnej, któremi szczegółowo zajął się Herrnheiser, a które dzieli on na czysto śródpiersiowe, jeżeli nie dotyczą miejsc przechodzenia opłucnej śródpiersia w opłucną żebrową, na śródpiersiowo-żebrowe przednie lub tylne w miejscach przechodzenia, wreszcie na kombinowane z obu. Wielkość cienia ich zależy wprost od udziału w zapaleniu opłucnej żebrowej w kącie żebrowo-śródpiersiowym, (zgrubienia samej opłucnej śródpiersia trudno wogóle znaleźć), i od tego, im węższy jest sam cień śródpiersia. Przedstawiają się one również jako trójkątne lub wstęgowate, jednolite cienie, ułożone przy cieniu środkowym serca, lub przy kręgach, z ostrym brzegiem zewnętrznym, który w przeciwieństwie do wysięków wykazuje kontur wklęsły; wysycenie cienia jest jednak mniej intenzywne, niż przy wysiękach. Tętnienie serca i naczyń nie jest tu upośledzone w odróżnieniu od zapalenia wysiękowego, dolne zrosty żebrowo-śródpiersiowe są dość dobrze przesuwalne. Według Briegera kształt cienia zgrubienia spowodowany jest przez sztywne zarysy zagęszczającego się, spoczywającego w tkance bliznowatej wysięku, który nie ulega całkowitemu wessaniu.

Co do etjologji, to większość autorów przypisuje powstawanie wysięków względnie zlepów w śródpiersiu zarazkowemu zapaleniu odnośnych odcinków opłucnej, którego punktem wyjścia mogą być płuca (zapalenia włóknikowe, odoskrzelowe, zgorzel), gruczoły tchawicowo-oskrzelowe, osierdzie, ściana klatki piersiowej, narządy śródpiersia, niekiedy może przerzuty ropne z dalszych okolic: Bruns—Ewig, Brieger, Brieger i Schröter, Künsli wymieniają gruźlicę jako najczęstszy jego podkład zwłaszcza u dzieci. Rozbieżności te tłumaczyć można jednak różnorodnością spostrzeganego przez poszczególnych autorów materjału klinicznego.

Podkładem częstym należycie dotąd nieuwzględnianym są wreszcie rozszerzenia oskrzeli, których ścisły związek ze zlepnemi zwłaszcza postaciami zapaleń opłucnej śródpiersia tylnego wykazali w szeregu przypadków Rist, Jakob i Trosmé. We wszystkich znachodzili klasyczny roentgenologiczny obraz wysiękowego zapalenia opłucnej śródpiersia tylnego, który po wprowadzeniu do odpowiednich odcinków oskrzeli lipjodolu okazywał się utworzonym przeważnie przez rozszerzone i wypełnione ropą oskrzela, otoczone zbitym z powodu marskości lub przewlekłego zapalenia miąższem płucnym, przy odpowiednich oczywiście zmianach w postaci zgrubień, na opłucnej. Nakłucie opłucnej, stosowane gdzieindziej skutecznie — w przypadkach tych nie wykazało nigdy obecności płynu, zato umacniała rozpoznanie typowa, cuchnąca plwocina. Pleuritis mediast. lub według Herrnheisera costo-mediast. adhaesiva jest więc częstem zjawiskiem ubocznem w pewnych postaciach rozszerzeń oskrzeli, zwłaszcza w zakresie dolnych płatów płuc, i do niej odnieść należy większość opisywanych dotąd „ropnych" wysięków śródpiersiowych o niejasnej etjologji, i one też były napewno zlepne a nie surowicze lub ropne. W opisywanych przez Guinona i Leresque a podobnych trójkątnych cieniach powstałych jako następstwa przewlekłych lub zaostrzających się zapaleń odoskrzelowych płuc, wysycenie cienia było znacznie mniejsze i niejednolite, i lipjodol do nich nie dochodził. Rist, Jakob i Trocmé sądzą, że przypadki ich wywodzą się właśnie z takich, i są epilogiem tych przewlekłych zapaleń nieżytowych, które zakończyły się marskością danych odcinków płuca z następowemi rozszerzeniami oskrzeli po długoletniem trwaniu procesu.

Rozpoznanie różniczkowe w większości przypadków nie napotyka na trudności. Wchodzące tu w grę tętniaki aorty, wysięki osierdziowe, różnego pochodzenia nacieki płuc, guzy śródpiersia lub jego ropnie, powiększenia gruczołu tarczowego, zimne ropnie przykręgowe, przepukliny lub rozstrzenie przełyku i t. d., dadzą się łatwo wykluczyć przy należytem uwzględnieniu wszystkich

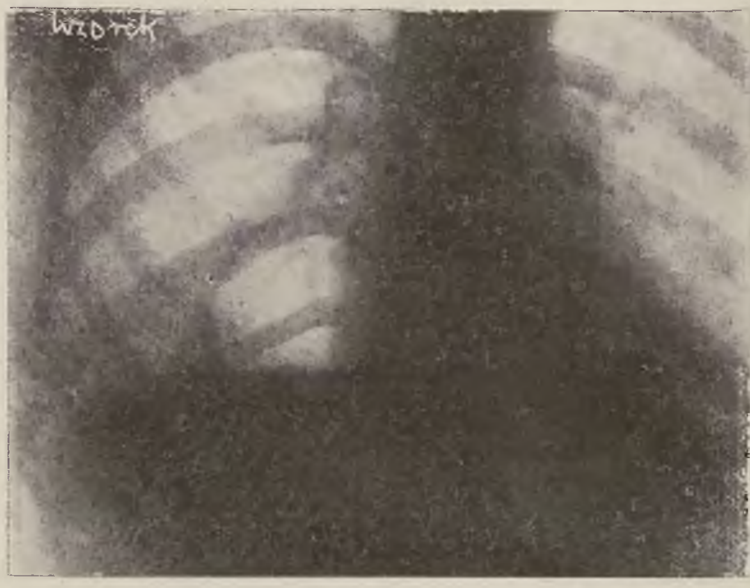
objawów klinicznych; pomocnemi wielce będą promienie Roentgena, stosowanie lipjodolu, czasem ostrożne nakłucie próbne.

Znacznie mniej wiadomości niż o sprawach zapalnych opłucnej śródpiersia posiadamy o t. zw. odmie śródpiersia *(pneumothorax mediast.)*, którą pierwszy spostrzegać miał Bergmann, a której nazwę nadał Holzknecht. Tłumaczą oni oglądany wtedy jasny trójkąt w prawem dolnem polu płucnem, leżący jednak jeszcze w zakresie cienia środkowego, zwrócony wierzchołkiem ku górze, z przemieszczeniem serca w lewo i dolnych części prawego płuca w prawo, jako nagromadzenie powietrza w śródpiersiu, i odróżniają go od właściwej rozedmy śródpiersia *(emphysema mediast.)*. Powietrze owo według nich dostać się mogło tam w ten sposób, że przedziurawioną została zrośnięta z płucem blaszka opłucnej śródpiersia, tak, że komunikowały ze sobą oskrzele i śródpiersie, poczem, zupełnie jak samoistnie powstała zwykła odma wentylowa, wytworzyła się pod wysokiem ciśnieniem odma śródpiersiowa. Następne spostrzeżenia podają jednak co innego, za siedzibę bowiem odmy uważają przestrzeń objętą blaszkami opłucnej płuca i śródpiersia. Fleischer, Deetjen, Wiele opisują rozpoznanie rentgenologicznie przypadki takiej samoistnej, ograniczonej odmy śródpiersia, która objawiała się jako jasna, ostro odgraniczona wstęga obok cienia środkowego. Powstawała niekiedy wskutek urazu, większych wysiłków fizycznych i t. d., czasem nawet w warunkach fizjologicznych np. przy kaszlu, najczęściej jednak jako następstwo przebicia jamy gruźliczej lub pęknięcia ścieńczałej ściany płuca rozedmowego, wyjątkowo na tle spraw powodujących zniszczenie miąższu płuc, np. ropiejącego zapalenia płuc, zgorzeli, rozpadających się nowotworów i t. d. Przyczyny nie da się czasem wprost wykazać, jak dowodzi tego przypadek Wiele'go z odmą trwającą stale i bez wysięku 20 lat, lub niejasny w swej etjologji Deutscha, gdzie co pewien czas pojawiało się powietrze w lewej przedniej jamie opłucnowej śródpiersia i prawdopodobnie w worku osierdziowym.

Tak w opisach wysięków względnie zgrubień opłucnej śródpiersia, jak i w piśmiennictwie dotyczącem odmy śródpiersiowej, nie spotkaliśmy się z przypadkiem, który łączyłby w sobie obie zmiany równocześnie. Z tego też względu podajemy szczegółowe spostrzeżenia zebrane w ciągu kilku miesięcy nad chorą, u której rozpoznaliśmy odmę śródpiersiową powikłaną wysiękiem, jako pouczający i ciekawy przyczynek do znajomości poruszanych wyżej schorzeń śródpiersia.

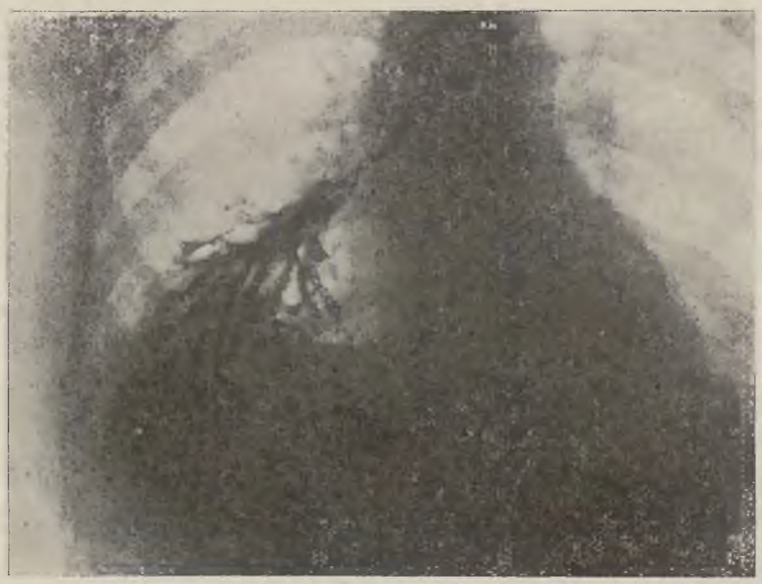
K. W., lat 22, robotnica fabryczna, z rodziny zdrowej, przebyła w dzieciństwie odrę, błonicę i krztusiec, potem zawsze czuła się zdrową; przed rokiem dopiero pojawił się suchy kaszel zrazu niewielki, bez innych dolegliwości, od 5 tygodni stały, połączony z niezbyt dotkliwym, kłującym bólem po obu stronach klatki piersiowej, występującym zwłaszcza przy szybkiem chodzeniu. Od 2 tygodni zaledwie odpluwa przy kaszlu nieco żółtawej, gęstej bezwonnej plwociny, od tego też czasu czuje się nieco osłabiona, miewa bóle głowy, nocami poci się, czasem ma uczucie ziębnięcia. Dreszczów, wystąpienia gorączki, uczucia cięższego schorzenia, innych objawów jakiejkolwiek ostrej choroby płucnej lub ogólnej w związku z pojawieniem się kaszlu nie zauważyła, aż do zgłoszenia się do Kliniki (9. XI. 1927) pracowała chora w swoim zawodzie. Badaniem przedmiotowem stwierdza się w dniu przyjęcia prawidłową budowę ciała, odżywienie, zabarwienie skóry i błon śluzowych, brak zmian w zakresie głowy, szyi, narządu krążenia i jamy brzusznej. Klatka piersiowa odpowiednio długa i szeroka, dobrze wysklepiona, wykazuje prawidłową ruchomość i drżenie głosowe. Oba szczyty sięgają dwa palce wyżej obojczyka z wypukiem jawnym, po prawej nieco mniej pełnym; poniżej wypuk jawny, granica dolna po prawej 6 dolne, po lewej 4 dolne żebro, dobrze obustronnie ruchoma. Z tyłu oba szczyty do *vertebra prominens* z wypukiem jawnym, po prawej nieco wyższym, poniżej wypuk jawny, po prawej w dole z wyraźnym odcieniem bębenkowym; granica dolna obustronnie 5 palców niżej kąta łopatki dobrze ruchoma. W obu pachach wypuk jawny, w dole po prawej z odcieniem bębenkowym, granica dolna po prawej 8 górne żebro ruchoma. Przysłuchem stwierdza się nad szczytem prawym z przodu i z tyłu wdech lekko zaostrzony, wydech słabo słyszalny, poniżej, jak również w pasze, prawidłowe szmery pęcherzykowe; w dole pachy i poniżej kąta łopatki prawej tu i ówdzie drobne tarcie opłucnowe, zresztą obfite średnio i grubobańkowe wilgotne rzężenia, nieustępujące po kaszlu. Po całej stronie lewej prawidłowe szmery oddechowe. Odczyn Pirquet'a wyraźnie dodatni, Wassermanna ujemny. Badanie krwi wykazało przy przybyciu 9.550 c. b., przy zupełnie prawidłowym składzie procentowym; badanie plwociny ropiastej, żółto-zielonej o mdłej woni, w ilości ok. 50 cm^3 na dobę, stwierdziło obecność samych tylko prawie ciałek ropnych w preparatach świeżych i barwionych, brak zupełny prątków Kocha i włókien elastycznych. Wyhodowano z niej gronkowca złocistego, liczne łańcuszkowce, nieco grzybków pleśniawki i pojedyńczo *pneumobacillus* Friedländera. W ciągu całej przeszło miesięcznej obserwacji w Klinice ciepłota ciała zwyżkowała niestale do 37.2°, stan płuc nie ulegał większym wahaniom, wygląd ani jakość plwociny nie zmieniał się. Badanie na prątki Kocha wypadały stale ujemnie.

Prześwietlanie klatki piersiowej w dniu przyjęcia wykazuje: w polu płucnem prawem w kącie wątrobowo-sercowym widoczna przestrzeń ostro i łukowato odgraniczona od otoczenia wielkości małej pięści, wypełniona gazem, z widocznym poziomem płynu leżącym bardziej ku tyłowi. Przepony obustronnie dobrze ruchome, kąty wolne. (Ryc. 1).



Ryc. 1.

Dnia 24. XI. u. r. po znieczuleniu dróg oddechowych przy pomocy nowokainy wprowadzono lipjodol do oskrzela płuca prawego (Dr. Dobrzański) i wykonano zdjęcie rentgenowskie, którego wynik przedstawiał się następująco: wprowadzony lipjodol nie dostaje się do jamy śródpiersiowej, wypełnia natomiast oskrzela, które leżą więcej ku przodowi, i które w częściach obwodowych wykazują bardziej zbite wypełnienie, tak, że obraz rentgenowski przemawia za obecnością rozstrzeni oskrzelowych po stronie prawej. (Ryc. 2).



Ryc. 2.

Zwraca uwagę na obu zdjęciach ostre odgraniczenie jamy zawierającej gaz i płyn od wewnątrz, t. j. od śródpiersia, matowe natomiast i grube zarysy jej obwodu przylegającego do miąższu płucnego w ryc. 1, dalej trójkątny kształt jamy z podstawą opierającą

się na przeponie, jak również w końcu niemożność rozróżnienia w pierwszem zdjęciu istniejących rozszerzeń oskrzeli. Dodać należy, że poziom płynu ulegał odpowiednim zmianom przy różnem ułożeniu chorej, przy wstrząsaniu wykazywał żywe falowanie.

Rozpoznaliśmy więc odmę śródpiersiową tylną, dolną, prawą, powikłaną wysiękiem, *(hydro-pneumothorax mediastinalis posterior inferior dexter)*; rodzaju wysięku nie zdołaliśmy jednak ustalić wobec ujemnego wyniku nakłucia próbnego.

Powstanie opisanego obrazu tłumaczymy sobie następująco. Czy to na tle przebytych w dzieciństwie a tak usposabiających do rozszerzeń oskrzeli odry, błonicy zwłaszcza krztuśca, czy też w związku z przebytem kiedyś niespostrzeżenie ostrem lub przewlekającem się odoskrzelowem zapaleniem płuca prawego, czy wreszcie wśród dłuższego trwania uporczywego nieżytu oskrzeli, rozwinęły się u naszej chorej zmiany w zakresie dolnej gałęzi oskrzela prawego, które doprowadziły do rozszerzenia danego odcinka oskrzela i w następstwie do zmian w miąższu prawego dolnego płata i opłucnej przeponowej, żebrowej i śródpiersiowej, pod postacią zwłóknienia odnośnych części płuca i zgrubień i zrostów na opłucnej. Zmiany te pod wpływem ucisku powietrza dostającego się być może z pękniętej gdzieś, wydętej ściany płuca komunikującej z oskrzelem, umożliwiły powstanie tak długo utrzymującej się samoistnej odmy śródpiersiowej, którą powikłał w następstwie płyn zapalny, wytwarzający się zapewne z powodu zakażenia jamy przez zarazki pochodzące ze schorzałych oskrzeli. Podkładu gruźliczego mimo stwierdzenia starych zmian w szczycie prawym i dodatniego odczynu Pirquet'a doszukać się tu nie możemy, jakkolwiek może on wchodzić w rachubę. — Za słusznością naszego rozumowania przemawiałyby w części wywiady (przebyte choroby, zawód — robotnica w fabryce pudełek, od szeregu tygodni kłujące bóle w klatce piersiowej, uporczywy kaszel, osłabienie, poty nocne), jak i przytoczone wyniki badań klinicznych, w końcu zgodność z analogicznemi obrazami wysięków w śródpiersiu podanemi przez Rist'a, Jacob'a i Trocmé.

I przy powtórnym pobycie chorej w Klinice od 24. I. do 30. IV. br. obraz kliniczny i rentgenologiczny odpowiadał zupełnie poprzedniemu, z tą jedną różnicą, że zauważono większą ilość płynu; leczenie lampą kwarcową i przegrzewaniami klatki piersiowej, prócz pewnego zmniejszenia ilości niezmieniającej zresztą swych właściwości plwociny nie sprowadziło żadnych zmian ze strony objawów płucnych, zalecane wreszcie w czasach ostatnich próby leczenia rozszerzeń oskrzeli sztuczną odmą piersiową nie doprowadziło również do skutku, wobec niemożności należytego uciśnięcia schorzałego płuca wskutek zrostów jego z przeponą.

Piśmiennictwo.

Assmann: Klin. Roentg. diagn. d. i. kr. — Bergmann: Mohr-Stächelin T. II. 1914. — Brieger: D. m. Woch. 31, 1923. Tenże: Fortschritte auf d. Geb. der Roentgenstr. 32, 924. — Brieger i Schrötter: Beitr. z. Klin. der Tub. T. 61, Ref. kongr. Zbl. 40. — Bruns-Ewig: Kraus-Brugsch T. III, 1924. — Deetjen: Med. Klin. 45 i 46, 1923. — Deutsch: Wiener Arch. f. d. i. Med. T. 13, 26. — Fleischer: Beitr. z. Klin. d. Tbc. T. 55, 1923, Zbl. 29. — Fodor i Weisz: Beitr. z. Klin. d. Tbc. 1925, Zbl. 39. — Herrnheiser: Fort. auf d. Geb. der R-Str. T. 31 i 36. — Künsli: Beitr. z. Klin. d. Tbc. T. 68. — Laufer: Klin. Woch. 47, 1924. — Lorey: Fort. auf d. Geb. der R-Str. T. 29. — Mandele van der: Fort. auf d. Geb. der R-Str. T. 33. Pincherle: Radiol. med. T. 12, 1925, Zbl. 40. — Polak: Acta radiol. T. 2, 1923, Zbl. 34. — Rehberg: Med. Klin. 40, 1920. — Rist, Jacob i Trocmé: Ann. de méd. T. 21, 1927. — Weis: Fort. auf dem Geb. d. R-Str. T. 33. — Wiele: Beitr. z. Klin. der Tbc. T. 68. — Winkler: Fortschr. der Med. Roczn. 40, 1922, Ztrbl. 23.

Jerzy GLASS. Warszawa.

O mało znanej i czułej metodzie wykrywania barwników żółciowych w moczu.

Z I-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr. A. Landau.

Zasadą większości prób na obecność barwników żółciowych w moczu jest właściwość bilirubiny łatwego utleniania się i przechodzenia w zieloną biliwerdynę. Barwnik ten utlenia się już pod wpływem powietrza; proces utleniania przyśpieszyć można przez ogrzanie lub przez dodanie środków utleniających, pod których wpływem bilirubina przechodzi w szereg swych dalszych barwnych połączeń — jak biliwerdyna, bilicjanina, choletelina i t. d.

To jest podstawą wszystkich prawie prób na barwniki żółciowe w moczu. Jako środek utleniający używany jest jod (metoda Rosina i met. Obermeiera-Poppera), lub chlorek żelazowy z kwasem solnym (met. Bouma), względnie strąca się barwniki żółciowe solami wapnia lub baru, a strąt po rozpuszczeniu w alkoholu z kwasem solnym utlenia się na biliwerdynę przez podgrzanie (próba Hupperta); inne wreszcie metody polegają na utlenieniu bilirubiny kwasem azotawym; w próbie Gmelina, Rosenbacha znajduje się on jako domieszka do kwasu azotowego, w odczynniku Hammerstena wytwarza się on pod wpływem kwasu solnego z kwasu azotowego.

Otóż kwas azotawy daje się też łatwo wywiązać z azotynów pod wpływem innego silnego kwasu jak n. p. kw. solnego. Sposób ten zastosował do wykrywania barwników żółciowych w moczu w roku 1908 włoch Giacomo Bonnano, sporządzając w tym celu odczynnik, składający się z azotynu sodowego i stężonego kwasu solnego. W osiem lat po nim holender de Jäger zmodyfikował nieco tę metodę; postępował on w ten sposób, że dodawał do moczu kilka kropli roztworu azotynu sodowego, poczem nawarstwiał 5%-owy kwas solny i w razie obecności barwników żółciowych otrzymywał zielony pierścień.

Próba azotynowa mimo swoich zalet jest bardzo mało znana możliwe wskutek tego, że ogłoszona była w pismach mało poczytnych.

Nie wiedząc początkowo o moich poprzednikach, próbę tę zacząłem stosować kilka miesięcy temu na I Oddziale Szpitala Wolskiego w Warszawie, jednakże w sposób nieco zmieniony.

Ze względu na to, że kwas azotawy jest bardzo nietrwały i łatwo się rozkłada, nie sporządzam stałego odczynnika z kwasu solnego i azotynu sodowego, jak to czynił Bonnano; nie używam też metody nawarstwiania Jägera ze względu na to, że i tu, jak w każdej metodzie pierścieniowej, płyny się często mieszają ze sobą, dając rozlany pas, zamiast ostrej obrączki, co uniemożliwia odczytanie.

Próbę tę wykonuję w sposób odmienny, a mianowicie:

Do dwóch probówek daje się po 3—4 cm³ moczu, następnie do jednej z nich wlewa się 2—3 krople stężonego kwasu solnego i 1—2 krople 0.5% Natr. nitrosum (t. zw. ogólnie odczynnika Diazo II, używanego do reakcji dwuazowej w moczu), poczem probówkę się wstrząsa. W razie obecności barwników żółciowych, w probówce do której dodano odczynniki, wystąpi w ciągu kilku sekund zielone lub zielono-oliwkowe zabarwienie, stopniowo się wzmagające. O ile probówkę tę podgrzać, to barwa ta jeszcze się nasili.

Zabarwienie to powstaje wskutek tego, że bilirubina, pod wpływem kwasu azotawego, świeżo wywiązanego z azotynu sodowego przez stężony kwas solny, utlenia się natychmiast w zieloną biliwerdynę.

Barwa ta będzie tem intensywniejsza, im więcej barwników żółciowych znajduje się w moczu badanym.

Czasem, o ile mocz jest ciemny, wskutek innych połączeń barwnych, a barwników żółciowych jest w nim niewiele, zabarwienie może nie być bardzo silne; wtedy jednak porównanie tej probówki z probówką, zawierającą czysty mocz, gdzie nie dodano odczynników, umożliwi łatwo uchwycenie odcienia zielonkawego. Probówki te najlepiej porównywać na białem tle, trzymając je obok siebie, i odwróciwszy się plecami do światła.

Miarodajną dla wyniku dodatniego jest wyłącznie barwa zielona lub zielonkawa. Próbę tę azotynową porównywałem wielokrotnie z innemi próbami na barwniki żółciowe. Okazało się, że czułość jej nie ustępuje bynajmniej próbie Gmelina lub Hupperta, czasem zaś nawet je przewyższa; nieraz, gdy próba Hupperta dawała już tylko minimalny ślad zielonego zabarwienia, nasilenie próby azotynowej było jeszcze dość znaczne.

Próba ta jest bardzo demonstracyjna i niema wad metod pierścieniowych, w których często wskutek zacierania się granic między płynami, uchwycenie obrączki barwnej jest bardzo trudne.

Odczynniki, potrzebne do jej wykonania, znajdują się w każdej pracowni podręcznej.

Sądzę, że próba ta ze względu na swą prostotę, efektowność i czułość zasługuje na rozpowszechnienie.

Piśmiennictwo.

1) Giacomo Bonnano: Il. Tomassi 2, Nr. 21, cyt. wg. Jaresberichte der Thierchemie (Maly) 1908, t. 38. — 2) L. de Jäger: Nederlend. Tijdschrft. v. Geneesk. 1916, II, 2271—73 cyt. wg. Jahresberichte der Thierchemie (Maly) 1918, t. 46.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. STEFAN CZUBALSKI, asystent Oddziału Warszawa

Kiła pęcherza moczowego

Z oddziału chirurg.-urologicznego Szpit. Przemienienia Pańskiego w Warszawie. Ordynator: Dr. med. J. Kiełkiewicz.

Udoskonalenie techniki badania, jak również i skrzętniejsze poszukiwania nasze pozwalają sądzić, że kiła pęcherza moczowego nie należy już do białych kruków w piśmiennictwie obcem, jak również i naszem Z każdym rokiem przybywa liczba ogłaszanych w czasopismach lekarskich przypadków kiły pecherza moczowego. Ostatnio w Polskiej Gazecie lekarskiej Nr. 6 1926 r. w dwóch kolejnych artykułach doc. Pisarski opisał obserwowany przez siebie przypadek trzeciorzędnej kiły pęcherza moczowego, omawiając przytem bardzo szczegółowo literaturę dotyczącą tego cierpienia.

Zanim przejdę do omawianych dwóch przypadków kiły pęcherza moczowego, obserwowanych przez nas na oddziale urologicznym szpitala Przemienienia Pańskiego, muszę zaznaczyć, że o zmianach zachodzących w pęcherzu wskutek spraw kiłowych w ośrodkowym układzie nerwowym na tem miejscu, oczywiście mówić nie będę. Interesują nas zmiany w samej ścianie pęcherza, jakie spotykamy w II-m, jak również w III-m okresie kiły. Zmiany te rzadko dominują w organizmie dotkniętym kiłą i zwykle przebiegają bez podmiotowych dolegliwości i z tej to przyczyny rzadko stosunkowo rozpoznajemy je za życia. Tembardziej, że jak wiemy z doświadczenia sekcyjnego, pęcherz moczowy w stosunku do innych organów naszego ustroju znajduje się na szarym końcu co do częstości umiejscowienia kiły.

Kliniczny obraz kiły pecherza jest bardzo urozmaicony i zależy w dużej mierze od jej postaci anatomo-patologicznej. Doświadczenie uczy, że w II-gim okresie kiły zmiany w ścianie pęcherza sprowadzają się do wysypki grudkowatej lub rozlanej: do owrzodzeń powierzchownych różnej wielkości. W III-cim okresie kiły spotykamy w pęcherzu kilaki, twory brodawczakowate i owrzodzenia, które w końcu, jako zejście sprawy chorobowej, nawet mogą dać przetokę pęcherzowo-odbytnicową. Dolegliwości podmiotowe osobników dotkniętych kiłą pęcherza moczowego są najrozmaitsze i o bardzo różnem nasileniu. Skargi chorych sprowadzają się zazwyczaj do tego, że często oddają mocz, miewają parcia, pieczenia w cewce, krwiomocz. Ten ostatni zwłaszcza bardzo niepokoi chorych i zmusza do szukania porady u lekarza.

Przejdę obecnie do omówienia przypadków kiły pęcherza moczowego obserwowanych przez nas.

Pierwszy z nich dotyczy chorej lat 28, która zgłosiła się na nasz oddział 1/IV 1926 r. (karta szpitalna za Nr. 72/1299 z roku 1926). W wywiadach podaje, że od paru miesięcy ma krwiomocz. Cierpienie zaczęło się nagle bólami w pęcherzu, częstem moczeniem z domieszką krwi; po paru tygodnich ostre objawy choroby minęły, jedynie krwiomocz trwał nadal, pomimo najrozmaitszych środków i zabiegów, jakie jej stosowano na oddziałach szpitalnych.

Obecnie zaburzeń pęcherzowych niema. Skarży się również na ogólne osłabienie, brak apetytu. Raz roniła i raz rodziła. Chorób wenerycznych nie przechodziła. Badanie przedmiotowe: budowa prawidłowa, odżywianie średnie, śluzówki blade; w płucach i sercu klinicznych zmian nie stwierdza się, okolica ślepej kiszki wrażliwa na badanie, przydatki tkliwe. Mocz lekko czerwony, pojemność około 300 cm³, analiza moczu: odczyn kwaśny, białka 0,15⁰/₀₀, cukru niema, w osadzie 20 do 30 leukocytów i kilkadziesiąt erytrocytów w polu widzenia, laseczników kwasoodpornych nie znaleziono.

Cystoscopia: ujścia moczowodowe bez zmian, na dnie pęcherza na 6-ej godzinie widać naciek płaski wielkości 2-ch złotych o powierzchni nierównej, łatwo krwawiącej, dookoła niego śluzówka pęcherza przekrwiona. Próba indygokarminowa wypadła dodatnio: z obydwóch nerek po 8-miu minutach ukazał się barwik. Mocz z obu nerek zebrany oddzielnie zawiera: prawa nerka: ślad białka, mocznik 15⁰/₀₀, pojedyncze leukocyty i erytrocyty. Lewa nerka: mocz kwaśny, białka — 0,06⁰/₀₀ mocznik — 14⁰/₀₀ liczne erytrocyty i pojedyncze leukocyty; laseczników kwasoodpornych w obu porcjach nie znaleziono.

Na podstawie zebranych danych sądziliśmy, że mamy do czynienia z brodawczakiem pęcherza. Jako terapję zastosowaliśmy w odstępach parodniowych elektrokoagulację celem zniszczenia go. Jednakże po paru seansach stwierdziliśmy przedmiotowo pogorszenie się sprawy chorobowej, mianowicie w miejscu nacieku utworzyło się owrzodzenie o wyraźnie podminowanych brzegach, nierównych i łatwo krwawiących. Podmiotowo chora czuła się dużo gorzej; dostała parcia na mocz, częstego urynowania i obfitciej wystąpił krwiomocz. Wykonaliśmy wówczas badanie krwi na odczyn Wassermanna, które wypadło dodatnio (+++). Krętków bladych w moczu nie znaleziono. Przerwaliśmy poprzednią terapię i zastosowaliśmy swoiste leczenie według wskazań dra W. Gawrońskiego. Chora ogółem dostała około 4,0 novarsenobenzolu i 14 zastrzyknięć dożylnych z Hg. cyanat. Stan chorej poprawiał się z dnia na dzień. Apetyt wzrastał i siły przybywało. Zaburzenia pęcherzowe ustąpiły. Cystoskopowo stwierdziliśmy zmniejszenie się nacieku, gojenie się owrzodzenia i stopniowe wytwarzanie się blizny gwiaździstej. Po skończeniu kuracji swoistej badanie krwi na odczyn Wassermaina dało wynik ujemny. W pęcherzu w miejscu dawnego owrzodzenia stwierdziliśmy bliznę gwiaździstą szaro-białą. 12/VIII 1926 r. chora wypisała się ze szpitala zdrowa i obiecała po 3-ch miesiącach pokazać się nam i poddać się powtórnej kuracji swoistej.

30/VI 1927 r. chora zgłosiła się na nasz oddział powtórnie z powodu bolów w dole brzucha i ogólnego osłabienia (karta szpitalna 123/1940 r. 1927). W tym czasie chora była już po drugiej kuracji swoistej, którą przeszła ambulatoryjnie.

Rozpoznaliśmy zapalenie wyrostka robaczkowego. W pęcherzu moczowym zmian patologicznych nie stwierdziliśmy. 21/VII 1927 r. wypisała się zdrowa.

W październiku 1927 r. zgłosiła się do nas ambulatoryjnie po raz trzeci, skarżąc się, że od paru tygodni ma krwiomocz i częste oddawanie moczu. Cystoskopowo stwierdziliśmy owrzodzenie na 6-ej godzinie poprzedniej wielkości, o powierzchni nierównej i łatwo krwawiącej, drugie nieco mniejsze, podłużne na ścianie bocznej prawej pęcherza. W moczu ślad białka i obfita krew. Badanie krwi na odczyn Wassermanna dało wynik dodatni.

Zastosowaliśmy chorej swoiste leczenie. Dostała ogółem 3,0 novarsenob. i 12 bismuthoidol. domięśniowo, a ponieważ źle znosiła ten ostatni więc przeszliśmy na Hg. salicylic. dożylnie. Przedmiotowo sprawa chorobowa w pęcherzu cofała się lecz powoli bardzo i opornie. Podmiotowo zaś chora leczenie ostatnie znosiła źle, dostała bardzo silnego zapalenia dziąseł i wysypki swędzącej na całem ciele. Zmuszeni byliśmy przerwać kurację. W takim stanie chorą straciliśmy z oczów.

Drugi przypadek dotyczy mężczyzny lat 38, który zgłosił się do szpitala 19/V 1927 r. (karta szpitalna 113/1178). Skarżył się na parcie na mocz, częste oddawanie moczu i krwiomocz. Choroba zaczęła się przed 6-ciu tygodniami. Przechodził rzeżączkę. Żonaty i ma dzieci. Badanie przedmiotowe: budowa prawidłowa, odżywianie średnie, stan bezgorączkowy. W narządach wewnetrznych zmian klinicznych nie stwierdza się. Gruczoły pachwinowe powiększone po obu stronach. Mocz kwaśny, ciężar 1020, białka 0,06⁰/₀₀, cukru niema, osad zawiera kilkadziesiąt leukocytów i erytrocytów w polu widzenia. Pojemność pęcherza około 120 cm³. Cystoskopowo stwierdza się na stropie i na dnie pęcherza płaskie owrzodzenie, o brzegach nieco podminowanych; dookoła śluzówka pęcherza nacieczona. Ujście mczowodów bez zmian. Badanie krwi na odczyn Wassermanna dało wynik mocno dodatni ++++ (próbę wykonano dwukrotnie). Zastosowaliśmy leczenie swoiste. Chory dostał ogółem 4,0 novarsenobenzolu i 12 bismuthoidol. Parcia na mocz ustąpiły jak również i krwiomocz, pojemność pęcherza wzrasta do 200,0. Cystoskopowo stwierdziliśmy zmniejszenie się stanu zapalnego dookoła owrzodzeń, stan zaś samych owrzodzeń pozostał bez zmian. Badanie krwi na odczyn Wassermanna podówczas przeprowadzone dało wynik słabo dodatni ++. 30/VII 1927 r. chory wypisał się z wybitną poprawą w celu dalszego leczenia ambulatoryjnego.

Obecny stan chorego po przeprowadzeniu paru kuracyj swoistego leczenia zupełnie dobry. Zaburzeń pęcherzowych jak również i krwiomoczu nie miewa. W takim stanie zdrowia straciliśmy chorego z pod obserwacji.

W obu omówionych przez nas przypadkach mieliśmy do czynienia z trzeciorzędną kiłą pęcherza moczowego. Jednocześnie nasuwa się parę uwag odnośnie do ustalenia rozpoznania tego cierpienia jak również i terapji. O ile mamy osobnika z krwiomoczem z częstem urynowaniem i bólami w pęcherzu, to po wykluczeniu gruźlicy nerek, sprawy nowotworowej, zapalnej zwykłej, jak również i urazowej pęcherza. należy zawsze pamiętać o kile pęcherza moczowego, choćby nawet wywiady za tem nie przemawiały, jak to miało miejsce w naszych obu przypadkach.

Jednakże o rozpoznaniu kiły pęcherza moczowego poważnie możemy mówić dopiero po ustaleniu (drogą cystoskopji) zdecydowanych zmian czy to w postaci kilaków, owrzodzeń, lub nawet tworów brodawczakowatych, następnie po zbadaniu krwi na odczyn Wassermanna z wynikiem dodatnim i w końcu, o ile zastosowane leczenie swoiste daje wyniki dodatnie. Są to trzy kardynalne wytyczne, któremi musimy się kierować w ustaleniu rozpoznania kiły pęcherza moczowego. Bo doszukiwanie się krętków

bladych w moczu jest, jak się zdaje, rzeczą bardzo problematyczną. Badanie zaś histologiczne skrawka z owrzedzenia jest rzeczą technicznie trudną do przeprowadzenia, a nawet zbyteczną.

Kile pęcherza towarzyszy, jak już wzmiankowałem, zazwyczaj krwiomocz, ropy w moczu znajdujemy niewiele, chyba że przyłączy się dodatkowe zakażenie pęcherza. Chciałbym jeszcze zaznaczyć, że naogół kiła pęcherza leczeniu swoistemu poddaje się trudno. Sprawa chorobowa cofa się powoli, opornie, daje nawroty. Odnosi się wrażenie, że chociaż naogół rzadko istnieje powinowactwo kiły do pęcherza, lecz jeżeli istnieje, to jest ono widoczne wybitnie silne. O tym fakcie należy zawsze pamiętać i nie zrażać się zbyt szybko powolnem gojeniem się kiły pęcherza moczowego pod wpływem leczenia swoistego.

L. MICHNIEWICZÓWNA, asystentka Zakładu Warszawa

Cztery gatunki bakteryj w moczu chorego

Z Zakładu Serologji i Mikrobiologji Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: Prof. Dr. Nitsch.

Wśród drobnoustrojów, wywołujących zapalenie miedniczek nerkowych lub pęcherza moczowego, do najczęściej spotykanych należy pałeczka okrężnicy oraz gronkowiec złocisty, rzadziej spotkać można gronkowca białego, paciorkowca i odmieńca zwykłego.

Nitsch i Żeleński 1) wyhodowali ziarniaka, przypominającego gronkowca u dziecka chorego na zapalenie pęcherza moczowego, w trzech innych przypadkach wykryli liczne prątki gruźlicze u dzieci chorych na gruźlicę pęcherza moczowego.

Landstein 2) wyhodował bakt. Friedländera w ropnem zapaleniu miedniczek nerkowych po włóknikowem zapaleniu płuc.

Landstein i Sawicki 3) wykryli bakt. tyfusowe u chorego na zapalenie miedniczek nerkowych.

Bernhard 4) opisuje obecność pałeczek ropy błękitnej w drogach moczowych u chorego na zapalenie miedniczek nerkowych.

Każdy gatunek tych bakteryj zdolny jest do wywołania stanów zapalnych w drogach moczowych, wrazie działania równoczesnego innych czynników szkodliwych (uraz lub zatrzymanie moczu).

Do rzadkich przypadków należy obecność kilku rodzaji drobnoustrojów, spotykanych jednocześnie w moczu chorych na zapalenie miedniczek nerkowych lub pęcherza moczowego. O takim przypadku chcę właśnie wspomnieć, tem bardziej, że w piśmiennictwie polskiem, o ile mi wiadomo, oddawna już nie było wzmianki o znalezieniu bakteryj w drogach moczowych.

Dotyczy to chorego w wieku lat 23, cierpiącego na zapalenie miedniczek nerkowych, w którego moczu znalazłam cztery gatunki bakteryj. Mocz był wzięty jałowo. W kropli wiszącej bezpośrednio z moczu zwróciłam uwagę na obfitość flory bakteryjnej: były tam ziarenkowce i pałeczki, z których jedne wybitnie ruchome, inne znowu poruszające się słabo. W preparacie barwionym spotkałam ziarenkowce gramododatnie i pałeczki gramoujemne. Z posiewu, dokonanego z tego moczu, narazie nie wykryć nie mogłam, gdyż całe hodowle na płytkach Petriego były pokryte delikatną mgiełką, pokrywającą również całą powierzchnię podłoża. Wzrost taki świadczył o obecności odmieńca; by zahamować jego wzrost, dodałam za radą Sierakowskiego i jego poprzedników, jak Braun, do rozpuszczonego agaru 0,2 cm³ kwasu karbolowego 5% i po wylaniu na płytki Peeriego posiałam hodowlę z tego moczu. Rzeczywiście, wzrost odmieńca na tych płytkach ograniczył się tylko do pojedynczych kolonji, nie był rozlany, tak że można było odróżnić pojedyncze kolonje, z których jedne były drobne, przeźroczyste, w postaci kropelek rosy, inne nieco większe o zabarwieniu niebieskawem, jeszcze inne duże, nieprzeźroczyste. Po przesianiu tych kolonji na agary skośne i po zbadaniu znalazłam oprócz odmieńca zwykłego, paciorkowca, pałeczkę okrężnicy i pałeczkę ropy błękitnej. Z tych bakterji przygotowano szczepionkę; dalsze losy chorego nie są mi znane.

Piśmiennictwo.

1) Nitsch i Żeleński: Przyczynek do etjologji nieżytu pęcherza. Przegląd Lekarski 1904. — 2) Landstein: Przypadek ropnego zapalenia miedniczek nerkowych, wywołanego przez bakterję Friedländera po przebytem zapaleniu płuc włóknikowem. Gazeta Lekarska 1899. — 3) Landstein i Sawicki: Zapalenie miedniczek nerkowych, wywołane przez prątki tyfusowe. Gazeta Lekarska 1897. — 4) Bernhard: Lasecznik zielonej ropy w drogach moczowych. Gazeta Lekarska 1900.

Dr. W. KESSLER. Lwów.
Dr. K. PARFANOWICZ.

W sprawie kombinowanej chemoterapji nowotworów złośliwych.

Leczenie promieniami Rentgena i wstrzykiwaniami zawiesiny bizmutowej.

Z Oddziałów: Urologicznego i Wewnętrznego I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Prymarjusze: Doc. Dr. Laskownicki i Doc. Dr. Czernecki.

Tymczasowe doniesienie.

Leczenie nowotworów złośliwych przetworami ciężkich metali, zwłaszcza ołowiu, równocześnie z naświetlaniem promieniami Rentgena, datuje się od początku 1924 r. Niezależnie od siebie zaczęli stosować je niemal równocześnie, członkowie Liverpool Cancer Research Association z profesorem ginekologji Blair Bell'em na czele oraz E. Duroux i jego zwolennicy we Francji. Prof. Bell stosował dożylnie ½%-ową zawiesinę ołowiu, uwzględniając znaną jadowitość ołowiu, dla komórek kosmówki (chorion) a raka w szczególności. W przeciągu 3 miesięcy podał razem pacjentowi zawiesiny tej 120 ccm tj. 0.6 ołowiu metalicznego. E. Duroux natomiast podawał 0.06% zawiesinę ołowiu, doprowadzając w tym samym czasokresie do 150 ccm. Pozatem poddawano chorych leczeniu chirurgicznemu wzgl. rentgenologicznemu, a tylko w wyjątkowych przypadkach poprzestano na samem leczeniu ołowiem.

Wyniki leczenia wypadły rozmaicie. Cunningham podaje statystykę dotyczącą 227 przypadków, z 20% zupełnych wyleczeń. W niektórych wypadkach wyniki leczenia były zdumiewające. Zaznaczyć należy jednak, że w przebiegu leczenia liczba zgonów przewyższała w dwójnasób liczbę przypadków wyleczonych. Duroux natomiast nie widział ani jednego przypadku wyleczenia na liczbę 50 spostrzeganych chorych, wspomina jednak o częstem polepszeniu, miejscowem jak i ogólnem.

Leczenie powyższe nastręcza jednak liczne trudności. Gęsta zawiesina stosowana przez Bell'a posiada zaledwie kilkudniową trwałość. Preparat Duroux'a nie zmienia się wprawdzie przez rok cały, działa jednak znacznie słabiej. Zaznaczyć trzeba jeszcze, że preparat Bell'a jest dla ustroju nadzwyczaj jadowity. Donoszono o bolesności, przekrwieniu i obrzęku w miejscu nowotworu, pozatem o zaburzeniach ze strony przewodu pokarmowego, krwi, wątroby, nerek i układu nerwowego. Spostrzegano niedokrwistości i żółtaczki hemolityczne w 23%, łącznie z białkomoczem i azocicą, doprowadzającą do skonu. Konieczna jest tedy ciągła kontrola moczu i krwi. Należy również podkreślić znaczny odsetek śmiertelności przy tej metodyce.

Zwolennicy ołowiu nie porzucili jednak tego sposobu leczenia mimo wymienionych cech ujemnych. Zdaniem ich, największą przeszkodą jest sporządzenie trwałej i przy największej możliwej zawartości ołowiu, najmniej trującej zawiesiny. Trzeba tedy było wyszukać składnik, który dodany do ołowiu, utrwaliłby go a zarazem zmniejszyłby jego jadowitość.

Po dłuższych próbach udało się uzyskać w ostatnich czasach trwały i mało jadowity preparat pod postacią podwójnej soli jodowej i potasu. Badania przeprowadzone tym preparatem na oddziele wewnętrznym miejskiego szpitala w Wiesbaden'ie (P. Meyer) wykazały nieograniczoną wprost trwałość i dobre znoszenie przez ustrój chorego tego związku, przy równoczesnem wybitnem cytologicznem działaniu na komórki rakowe. Przetwór nie uszkadza ścian naczyń, ma być zupełnie nie bolesny i nie ma dawać żadnych odczynów ogólnych.

Mimo uzyskania trwałego i stosunkowo mało jadowitego preparatu nie rozpowszechniło się stosowanie jego tak, jakby można było przypuszczać. Przyczyną tego było to, że nawet ulepszony preparat wywoływał często chorobliwe zmiany w składzie krwi chorych i tak już charłaczych i niedokrwistych.

Równocześnie wykazał cały szereg badaczy, że działanie ołowiu na komórki rakowe nie jest bynajmniej swoiste, gdyż jest właściwe wszystkim ciężkim metalom. I tak podaje Dilling, uczeń Bell'a, że pomyślny wynik zależy tylko od ilościowego działania jonów ciężkich metalu. Sądzi, że można zastąpić ołów przez inne metale. Carter z Nowego Jorku wykazał na myszach, że ołów nie działa swoisto na komórki rakowe. Pagniez i Filmaut z Paryża skłaniają się do tego samego poglądu na podstawie swoich spostrzeżeń. Martland, Sochocky i Hoffmann z Newarku ogłosili 15 badań histologicznych dotyczących przypadków raka, nie nadającego się do leczenia operacyjnego, a leczonych ołowiem i stwierdzili, że metal nie wchodzi zupełnie do wnętrza guzów nowotworowych. Dopiero, gdy ołów ulega jonizacji, a jony rozprze-

strzenią się po całym ustroju, daje się zauważyć pewne polepszenie miejscowe w guzowatości rakowej.

Nieswoistość i jadowitość, chociaż przy nowych preparatach mała, spowodowały, że przystąpili badacze niemieccy do prób stosowania innych ciężkich metali, mniej szkodliwych dla ustroju. Nie zapomnieli oni przytem wykorzystać ciekawych danych z teorji Warburga, wysuwających ścisły związek łączący komórki rakowe z przemianą węglowodanową. Uznaje ją również Bell, który zwraca uwagę, że komórkom kosmówki oraz raka, wspólną jest wybitna zdolność glikolityczna, wzmagająca się przy braku tlenu, czem możnaby tłumaczyć olbrzymią wprost energję rozwojową tych komórek.

Jako pierwsi rozpoczęli badania w tym kierunku H. Kahn i H. Wirth. Trudności polegały na wyborze odpowiedniego metalu, gdyż większość ciężkich metali podanych ustrojowi we formie chemicznie czynnej, wywołuje silne zatrucia; stosowanie zaś tych metali we formie związanej (jako siarczany) nie daje prawie żadnego wyniku leczniczego. Wobec tego, postanowili autorzy ci użyć do swych doświadczeń soli bizmutowych, ponieważ własności farmako-toksykologiczne tychże były już poznane dostatecznie przy sposobności lecznictwa przeciwkiłowego. Ponieważ jednak wodny roztwór soli bizmutowej jest również silnie trujący, postanowiono stosować go w postaci delikatnej zawiesiny w cukrze gronowym. Połączenie to okazało się pomysłem szczęśliwym, albowiem z jednej strony przychodzi do uczulenia komórek nowotworu na działanie jonów bizmutowych i promieni Rentgena (E. G. Mayer), z drugiej strony cukier gronowy wnikając w guzy, doprowadza także do miejsc schorzałych duże ilości metalu. (P. Ehrlich). Niezależnie od wnikania do nowotworów, metal wnika też w wątrobę i w śledzionę, blokując układ siateczkowo-śródbłonkowy, co według niektórych autorów (Martland, Sochocky i Hoffmann) ma mieć pewien wpływ przy działaniu chemoterapeutycznem na nowotwory. Przeprowadzonemi równocześnie próbami na pożywkach bac. coli i bac. prodigiosus stwierdzono (Holthusen), że nawet silne dawki promieni Rentgena (4 Hed) nie niszczą wzrostu i fermentacji w tych koloniach, a po zastosowaniu 0.07% bizmutu już $^{1}/_{2}$ Hed zabijają te drobnoustroje, a więc jony bizmutu niewątpliwie wzmacniają działanie promieni Rentgena, umożliwiając wyzyskanie promieni wtórnych.

Preparat stosowany przez wymienionych autorów jest delikatną zawiesiną fosforanu bizmutu w cukrze gronowym; według tych autorów miałby ten preparat nietylko uczulać guzy na działanie promieni Rentgena, lecz także regulować w nowotworach zaburzone stosunki osmotyczne, wzmagać procesy utleniania i prowadzić do regeneracji.

Na dawkę stosowano 50 mg bizmutu to jest zawartość jednej ampułki. Wstrzykiwania stosowano dożylnie i powtarzano w odstępach 3—4 dni. Po doprowadzeniu około 300 mg bizmutu, naświetlano chorego, stosując wstrzykiwania nadal. Naprzód naświetlano najświeższe przerzuty, pod koniec zaś pierwotny nowotwór. Do guza wrzodziejącego wstrzykiwano bezpośrednio wspomniany przetwór, a do jam ciała, wprowadzano przed naświetlaniem siarczek barowy lub bizmutowy.

Autorzy donoszą o 10 przypadkach spostrzeganych i stwierdzili 2 razy zupełne wyleczenie, 7 razy dużą poprawę a w jednym przypadku zawód. W każdym przypadku poprzednie wyłączne naświetlanie nie dało żadnych wyników.

Ujemną cechą leczenia są uboczne działania przetworu. Przedewszystkiem dokucza chorym po wstrzykiwaniu ból zębów, pomaga nieco ogrzewanie ampułki przed użyciem.

Występował również rąbek bizmutowy na dziąsłach, a w dwóch przypadkach wystąpiła polakizurja i poliurja bez białkomocza.

Dalsze badania nad działaniem bizmutu na guzy złośliwe, przeprowadził nieco później P. Zadik. Stosował preparaty powszechnie używane przy leczeniu kiły, jako to airol, bizmut-yatren, pallicid, oraz wizmulen. Badania swe przeprowadził także częściowo na rakach doświadczalnych u szczurów. Makroskopowo nie stwierdzał wprawdzie zmniejszenia się guzów, natomiast próby przeszczepienia tychże guzów na inne zwierzęta nie udawały się, z powodu szybkiego wessania się transplantatu. Mikroskopowo stwierdzał magazynowanie się bizmutu w guzach, głównie około naczyń włosowatych, oraz liczne ogniska nekrotyczne. Prócz tego stosował powyższe preparaty u ludzi i cytuje dwa przypadki zupełnego wyleczenia po 5—6 tygodniowem stosowaniu bizmutu. (2 wstrzykiwania tygodniowo).

Zachęceni dotychczasowym stanem sprawy postanowiliśmy również wypróbować stosowanie bizmutu na nieprzebieranym materjale chorych, przeznaczonych do naświetlania promieniami Rentgena. W badaniach swych stosowaliśmy Bi-Diasporal wyrobu K. Klopfera.

W pierwszym przypadku mieliśmy do czynienia z mięsakiem chłonnym, w postaci 2 guzów twardych na szyji u 30 letn. robotnika, stwierdzonym histologicznie. Jeden guz był wielkości dużego jaja kurzego, drugi nieco mniejszy. Pozatem nie stwierdzono zmian chorobowych.

W czasie od 3—16 marca 1928 wstrzyknięto choremu 200 mg bizmutu, oraz poddano go trzykrotnie naświetlaniom promieniami Rentgena po $^{1}/_{3}$ hed. Guz powiększył się po pierwszych wstrzykiwaniach, po trzeciem zaś naświetlaniu guzy cofnęły się prawie zupełnie, samopoczucie chorego polepszyło się tak dalece, że opuścił na własne żądanie szpital.

Drugi przypadek dotyczył 56 letniego murarza. Przed rokiem stwierdzono u niego ziarniniaka złośliwego, umiejscowionego obustronnie w gruczołach podszczękowych. Dwukrotne naświetlania zmniejszyły guzy te tylko przejściowo. Przy powtórnem zgłoszeniu się chorego na oddział (marzec 1928) stan był następujący: Gruczoły podszczędkowe tworzą małe pakiety, wielkości po stronie lewej jaja gołębiego, po stronie prawej dwóch dużych fasoli. Przed prawą małżowiną uszną guz płaski, kolisty, o średnicy około trzech i pół cm grubości około $1^{1}/_{2}$ cm wzdłuż m. sutkowo-mostkowo-obojczykowych obustronnie kilka guzów wielkości jaja gołębiego i nieco większe. W dole nadobojczykowym prawym trzy pakiety guzów, każdy wielkości dużego jaja gołębiego, po stronie lewej zaś dwa pakiety guzów nieco mniejsze niż po prawej. W pasze prawej dwa guzy, z tych jeden wielkości jaja gołębiego. W obu pachwinach liczne małe guzki wielkości fasoli. Obwód szyji 40 cm. Chory skarżył się prócz tego na ogólne osłabienie i wyczerpanie, uporczywe bole głowy, upośledzenie snu i łaknienia, ogólny stan charłaczy.

W czasie od 17 marca do 21 kwietnia 1928 wstrzyknięto choremu 600 mg bizmutu, w tymże czasie był też 4-krotnie naświetlony po $^{1}/_{3}$ hed. Po pierwszych 200 mg bizmutu, zauważono obrzęk istniejących już gruczołów, oraz powiększenie się obwodu szyji o $1^{1}/_{2}$ cm. Zauważono też poliurję ze spadkiem ciężaru gatunkowego z 1016 na 1010. Badanie krwi wykonane w tym czasie wykazało pewne zmiany w stosunku do czasu przed wstrzykiwaniami, a mianowicie wzrost ilości ciałek białych z 6200 na 11500, procentowo zaś zmniejszenie się limfocytozy (z 40% na 22%), a zwiększenie się ilości neutrofilów, głównie pałeczkowatych (2% na 10%).

Przy opuszczeniu szpitala stan chorego był następujący. Guzy podszczękowe obustronne ustąpiły prawie zupełnie; również guz przed małżowiną uszną. Pakiety obu dołów nadobojczykowych zmniejszyły się do kilku guzków wielkości ziarna kawy; w obu pachach zmniejszenie się guzów o przeszło połowę ich pierwotnych rozmiarów. Nie uległy poprawie guzy w obu pachwinach. Stan podmiotowy chorego uległ znacznej poprawie, chory poprzednio obłożny, mógł przy końcu wstrzykiwania przechodzić na inny oddział szpitalny.

Trzeci przypadek dotyczył 60-letniego rolnika. Stwierdzono u niego raka stercza oraz prawego pęcherzyka nasiennego. W prostnicy można było wyczuć guz, wielkości dużej pięści, o rozmiarach poprzecznych około 7—8 cm, górna granica tego guza nie dała się wymacać opuszką palca. Od niego na prawo dał się wyczuć drugi guz obły, długości około 6 cm, grubości do dwóch palców, wykazujący na powierzchni podobnie jak i poprzedni twarde nierówności. Badaniem cystoskopowem stwierdza się poza nieznacznemi zmianami pęcherza, powiększenie prawego płata stercza, który we formie guza zajmuje całą połowę szyjki pęcherza. Mocz zalegający 500 ccm. Podmiotowo trudności przy oddawaniu moczu. Choremu wstrzyknięto ogółem 300 mg bizmutu oraz poddano trzykrotnie naświetlaniom. Ponieważ dolegliwości z powodu których chory poddał się leczeniu ustąpiły zupełnie, przeto opuścił oddział z tem, że się zgłosi do kontroli po 4 tygodniach. Badaniem przedmiotowem stwierdza się: Stercz znacznie zmniejszony tak, że górna granica (przedtem niemacalna) obecnie dosięgalna przez distalny koniec drugiej falangi palca, pęcherzyk nasienny zupełnie niemacalny, moczu zalegającego brak.

Czwarty przypadek z praktyki prywatnej (Dr. Kesslera) dotyczy raka sutka prawego u 53-letniej kobiety. Guz wielkości jaja kurzego, przesuwalny względem podstawy; na skórze zrośniętej z guzem, wrzód martwiczy o rozmiarach około 2 cm² gruczoły pachy prawej nacieklé, tworzą pakiet wielkości pięści, doły nad- i pod- obojczykowe wolne.

W czasie od 2 lutego do 31 marca wstrzyknięto chorej 1000 mg bizmutu, chora jednak nie chciała się poddać naświetlaniom promieniami Rentgena, mimo, że do tego namawialiśmy usilnie, a rozpoznanie było chorej wiadome. Po 200 mmg bizmutu

powiększył się guz sutka prawie o połowę swej pierwotnej wielkości. Po dalszych 100 mg zaczął się guz zmniejszać, a po 750 mg pokrył się wrzód cienką gładką blizną, gruczoły zaś w pasze prawej już były niemacalne. Wreszcie po 1000 mg bizmutu guz sutka zmniejszył się do wielkości ziarna kawy; skóra ponad guzkiem o wyglądzie normalnym, blizna po wrzodzie gładka i elastyczna, z guzkiem nie zrośnięta. Na życzenie chorej przerwaliśmy leczenie, chora zaś miała się zgłosić do kontroli po 4 tygodniach. Przy powtórnem zgłoszeniu się stan miejscowy nie uległ zmianie, skarży się tylko na szybkie męczenie, czego nie było przy przerwaniu leczenia. Obecnie stosujemy nadal bizmut.

We wszystkich naszych przypadkach zauważyliśmy obok dolegliwości w zakresie nerwu szczękowego, także silne bole kłujące i rwące w guzach oraz przerzutach, wzmagające się w miarę postępu leczenia (magazynowanie bizmutu w tumorach Zadik), trwające o zmiennem nasileniu od 8—18 godzin, a występujące w 6—8 godzin po każdem wstrzykiwaniu. Również i naświetlania rentgenowskie, dokonywane nawet w kilka godzin po wstrzykiwaniu, wywoływały podobne senzacje w guzach. Po 150 — 200 mg bizmutu występował stale nie bolesny obrzęk guzu, poprzedzający zawsze miejscowe cofanie się sprawy chorobowej. Prawdopodobnie mamy tu do czynienia z zaczopowaniem naczyń guza przez metal co z jednej strony wywołuje ogniskowe nekrozy (Zadik) z drugiej zaś wspomniany obrzęk. Wyniki przez nas uzyskane, ze względu na zbyt szczupły materjał nie pozwalają na daleko idące wnioski, winne być jednak bodźcem do dalszych badań w tym kierunku.

Piśmiennictwo.

Blair Bell: British med. Journal 1926, Nr. 3437. — Cunningham: British med. Journal 1926, Nr 3437. — Duroux: Presse Medicale 1927, Nr. 22. — Filmant: Presse Medicale, 1927, Nr. 97 — Holthusen i tow. Strahlentherapie: Tom 24. — Kahn i Wirth: Kl. Woch. 1927, Nr. 49. — E. G. Mayer: Radiology, 1926. Tom. 7. i Strahlentherapie Tom 23. — Meyer: Kl. Woch. 1928, Nr. 10. — Martland, Sochocky i Hoffmann: Journal of the Amer. med. Assoc. 1927. Nr. 12. — Pagniez: Presse Medicale 1927, Nr. 12. — Zadik: Therapie der Gegenwart, 1928, Nr. 2.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Z wycieczki do Uzdrowiska Beetz-Sommerfeld pod Berlinem.

Na zlecenie Czcigodnego Wiceprezydenta st. m. Warszawy p. Prezydenta Dr. W. Boguckiego, prezesa Komitetu budowy nowego Uzdrowiska miejskiego dla chorób płucnych w Otwocku, udałem się na początku lipca do sanatorjum w Beetz-Sommerfeld pod Berlinem, celem zapoznania się z tamtejszemi urządzeniami i ze sposobem prowadzenia tego sanatorjum. Wyjazd ten był wskazany, ponieważ nasze Uzdrowisko będzie w najbliższych tygodniach wykończone i oddane do użytku chorych. Wybrane zostało do zwiedzenia właśnie to sanatorjum, bo jest to zakład urządzony i prowadzony według ostatnich wskazań technicznych i naukowych, jest własnością miasta Berlina podobnie jak nasze, Warszawy, jest to sanatorjum ludowe a więc dla sfer niezamożnych, nad któremi to choremi tak samo jak tam miasto Warszawa chce roztoczyć pieczę, ratować ich życie i zdrowie i uczynić z nich ludzi zdolnych do pracy.

Sanatorjum Beetz-Sommerfeld pozostaje pod kierunkiem znanego ftiziologa Dr. H. Ulrici.

Natychmiast po przyjeździe do Berlina porozumiałem się telefonicznie z zakładem i koleją udałem się w kierunku północnym Berlina. Sanatorjum jest odległe o 50 km od Berlina. Na małej stacyjce już oczekiwał mię elegancki powozik z asystentką Uzdrowiska. Jazda końmi trwa około 15 minut. Przejechawszy małe czyściutkie miasteczko Beetz, skręcamy na doskonale utrzymaną szosę prowadzącą najprzód wśród pól, później lasu sosnowego do sanatorjum.

Tuż u bramy wjazdowej po stronie prawej, znajduje się duży budynek mieszkalny dla dyrektora zakładu i dla lekarzy z rodzinami. Wjeżdżamy przez bramę. Po obu stronach drogi piękne kwietniki. Po lewej 3 duże pawilony jednopiętrowe, po stronie prawej budynek dla administracji i mieszkania dla lekarzy, pielęgniarek i urzędników. Wszystkie budynki w stylu wil niemieckich pokryte zielenią dzikiego wina i bukietów pnących się róż, które szczególnie pięknie na tle zielonem bawią oczy. Pierwsze wrażenie bardzo miłe. Sanatorjum wygląda jak jakieś wesołe letnisko, a nie zakład, w którym chorzy muszą przestrzegać żelaznego rygoru, ze względu na upragniony dodatni wynik leczenia. Poza domem administracyjnym przez osobną bramę wchodzi się do części gospodarskiej zakładu t. j. do kuchni, pralni i t. d. W głębi znajduje się jeszcze jeden pawilon dla gruźlicy kostnej i gruczołowej. W łączności z zakładem jest las sosnowy o obszarze 300 morgów magdeburskich, a więc podobnie jak u nas co do obszaru (150 morgów polskich).

Przywitany przez urzędnika zakładu, udaję się do pierwszego pawilonu, gdzie znajduje się kancelarja dyrektora zakładu. Wita mię uprzejmie dyrektor Ulrici i asystenci. Dyrektor Ulrici poświęcił mi dużo czasu oprowadzając po całym zakładzie, pokazując urządzenia, objaśniając sposoby leczenia, tryb życia chorych. Pokazywał mi szereg chorych i liczne roentgenogramy. Przez trzy dni przyjeżdżałem codziennie rano do zakładu, by poznać dobrze cały tryb życia w uzdrowisku.

Dr. Ulrici obok naturalnie zwykłego leczenia sanatoryjnego, jest zwolennikiem energicznego leczenia chirurgicznego, zmierzającego w różny sposób do ucisku płuca (Kollapstherapie). A więc wykonuje się tu w wielkiej ilości sztuczną odmę jedno i obustronną, wypilowanie żeber (thorakoplastyka), przecięcie i wyrwanie nerwu przeponowego (Phrenico-exheresis), plombowanie płuca i zabieg przepalania zrostów (Jakobeus-Unverricht). W tym celu zakład posiada kilka sal operacyjnych urządzonych według ostatnich wymogów. Wszystkie pawilony są połączone krużgankiem, tak, że do pokoju dyrektora, sal operacyjnych i do zakładu Roentgena można łatwo z każdego pawilonu przywieźć chorego. Leczenie lekami w razie konieczności jest tylko objawowe, tuberkuliny prawie nie używa się, przetworów złota w nielicznych odpowiednich przypadkach. Zabiegi chirurgiczne oprócz thorakoplastyki, którą robi chirurg z Berlina, musi każdy z lekarzy u swoich chorych wykonywać. Osobliwie piękne wyniki przepalania zrostów sposobem Jakobeusa, pokazywał mi Ulrici na licznych roentgenogramach.

Zakład rentgenowski tak rozpoznawczy jak i leczniczy urządzony pierwszorzędnie.

Liczne leżalnie zwrócone są nie tak jak dawniej przestrzegano tylko do południa, ale są one zwrócone we wszystkich kierunkach, a więc na południe, północ, wschód i zachód. Nie można odmówić słuszności tej nowości, ponieważ chorzy nie czują się dobrze w letnie upalne dnie na leżalniach zwróconych do południa. Istnieje zupełny podział płci. By chorzy niespotykali się podczas spacerów w lesie, poradzono sobie w sposób następujący: gdy mężczyźni leżakują, kobiety wychodzą na spacer i odwrotnie. W ten dowcipny sposób zapobiega się spotykaniu mężczyzn z kobietami w lesie.

Wyżywienie chorych jest natomiast gorsze niż u nas. Na chorego przeznaczono 1 markę 60 pfenigów. (U nas 3 zł). Wprawdzie suma ta odpowiada przy zamianie, naszej, ale wobec drożyzny w Niemczech (2 razy drożej jak u nas) wydaje mi się niewystarczającą. I rzeczywiście gdy przeglądałem jadłopis dla chorych (raz byłem podczas objadu), wyżywienie jest gorsze niż u nas.

Przywiozłem szereg druków (regulamin, historje chorób i t. d.) z których u nas będzie można skorzystać.

Żegnany uprzejmie przez dyrektora zakładu wyjechałem do Berlina automobilem zakładowym, z tem zadowoleniem, że wiele rzeczy które tam widziałem, będzie można u nas zastosować.

Dr. Z. Szczepański

Dyrektor Uzdrowiska miejskiego w Otwocku.

OCENY.

Prof. André Philibert: *Manuel de Bactériologie Médicale*, Paryż, 1928 r. Masson et Cie.

Podręcznik ten o charakterze dydaktycznym podaje w sposób możliwie zwięzły całokształt dorobku naukowego z zakresu bakterjologji. Niezwykle proste ujęcie przedmiotu czyni go dostępnym tak dalece, że może śmiało być dobrym podręcznikiem dla osob niezaznajomionych z tym działem. Liczne wskazówki praktyczne oraz strona kliniczna poszczególnych działów bakterjologji wprowadzają dużo urozmaicenia do suchego szablonu bakterjologicznego, który cechuje zwykle podręczniki tego rodzaju w rozmiarach tak niedużych. W dziele autora wyczuwa się dokładnie jego myśli przewodnie, które wprowadzają pewne zmiany w dotychczasowych poglądach na świat drobnoustrojów. Wynika z nich niejako, że zarazek badany in vitro, a zarazek w ustroju żywym,

to dwa bardzo różne twory. Ażeby móc zapoznać się należycie z biologją zarazka, należy śledzić jego życie w ustrojach żywych, a więc tam gdzie warunki ku temu istnieją, warunki będące tak samo dlań podłożem życiodajnem, jakoteż i środowiskiem pełnem sił, które usiłują go zniszczyć. Swoiste zmiany wywołane przez drobnoustroje wytwarzają pewne charakterystyczne obrazy anatomo-patologiczne oraz kliniczne, jako choroby infekcyjne. Pozwala to na wysnucie dalszych wniosków. Powyższe zmiany chorobowe oraz ich objawy różnią się między sobą w zależności od rodzaju zarazka, lub też są do siebie podobne. Na tej podstawie możemy wnosić o podobieństwie względnie różnicy pewnych drobnoustrojów. Prowadzi to do nowego sposobu oraz metodyki w podziale ich grup, a schemat taki oparty jest na silniejszych podstawach, aniżeli suchy szablon opierający się na cechach morfologicznych sztucznych hodowli, gdzie żywy drobnoustrój staje się martwym przedmiotem naukowych spostrzeżeń. 535 stron tekstu podzielił autor na 3 części. W pierwszej części podręcznika podaje szczegółowo metody rozpoznawcze oraz zaznajamia czytelnika z techniką laboratoryjną, a dalej z niezbędnemi zasadami chemji, omawiając sposób oznaczania stężenia jonów wodorowych w roztworach. Osobne rozdziały zostały poświęcone metodyce badań bakterjologicznych plwociny, tkanek, krwi, moczu, ropy, stolca, płynu mózgowo- rdzeniowego i płynów zapalnych, ponadto wody oraz pokarmów. Część druga stanowi ścisłą bakterjologję. Tutaj autor przechodzi kolejno wszystkie zarazki chorobotwórcze, nie ograniczając się tylko do ich opisu i biologji, lecz podając także zmiany anatomiczne przez nie wywoływane lub też obraz kliniczny. Ponadto omawia dokładnie leczenie poszczególnych zakażeń zapomocą surowic lub szczepionek. W części trzeciej porusza zagadnienia przyrody ogólnej a mianowicie problem odporności, mechanizm i procesy ustrojowej obrony, anafilaksję, oraz istotę działania drobnoustrojów. W problemach powyższych treściwie przedstawionych wskazuje autor na ich zmienność i dużą zależność od poszczególnych grup zarazków oraz ich biologji. Całości dopełniają oryginalne, barwne i piękne tablice bakterjologiczne.

Z. Tomanek

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Trzeźwość, nr. 5 i 6 z r. 1928: St. Pozner: W sprawie walki z alkoholizmem. — J. Glass: Alkoholizm w Polsce a szowiniści niemieccy. — Br. Duchowicz: Kłamliwy afisz reklamowy. — L. Wachholz: O zatruciach nałogowych. — St. Deresz: Organizacja leczenia alkoholików w m. st. Warszawie. — Wł. Chodecki: Alkohol i małżeństwo. — E. Wyrobek: Demon-władca. — B. Głuchowski: Wskazówki dla zakładających Kółka abstynenckie w szkołach powszechnych. — Prohibicja w Pruszkowie. — XIX Międzynarodowy Kongres przeciwalkoholowy w Antwerpji.

Przegląd dentystyczny, rok VIII, nr. 7, za lipiec 1928: Wł. Szafran: Uwagi nad odpowiedzią dra Czerneckiego. — K. Stołychwo: Zagadnienie typów konstytucjonalnych (dok.). — S. Rosner: Znaczenie fosforu w dentystyce.

Medycyna społeczna, rok II, zeszyt 6 z r. 1928: K. Bross: Powolne zapalenie wsierdzia (endocarditis lenta). — W. Werner: Zabiegi chirurgiczne lekarza praktyka. — A. Krasucki: Fenina a salicyl, salol, aspiryna w leczeniu ostrego gośćca stawowego i innych chorób gorączkowych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 30, z 22 lipca 1928: Aptekarstwo w Polsce. — K. Wenda: Wiedza przyrodnicza w dawnych aptekach. — A. Jurkowski: Uwagi krytyczne o projekcie do ustawy aptekarskiej. — Rola farmaceuty w społeczeństwie. — Sprawy zawodowe.

Lekarz Kasy chorych, rok IV. nr. 33, z lipca 1928: Jak wprowadzenie Kas chorych wpłynęło u nas na etykę. — Z Kasy chorych m. Warszawy. — Korespondencje.

Dziecko i matka, rok III, nr. 14 z r. 1928: R. St. Witt: O jedynakach. — W. Prażmowska: Gry i zabawy letnie. Spostrzegawczość. — Hanna Skarbek: Wycieczki zamiejskie. — M. Miłobędzka: Sporty dziecięce, ich walory i niebezpieczeństwa. — Fr. Ks. Cieszyński: Jak zapobiegać biegunkom. — G. Szulc: Kefir, kumys, yoghurt. — M. Biehler: Morze jako czynnik leczniczy (dok.). — Obiady dla dzieci.

Opieka nad dzieckiem, rok VI, nr. 3, za maj i czerwiec 1928: M. Gromski: Karmienie naturalne i warunki materjalne życia. — H. Radlińska: Istota i zakres służby społecznej — K. Korniłowicz: Pomoc społeczno-kulturalna dla młodzieży pracującej. — W. Szuman: Trudności w wychowaniu sierot. — A. Nowiński: Miejskie schronisko dla niemowląt w Bydgoszczy. — E. Godlewski: Walka z jaglicą wśród młodzieży. — Pamięci Dra Adama Kolasińskiego.

Pedjatrja Polska, tom VIII, zeszyt 3, za maj-czerwiec 1928: Lerner: Wyniki leczenia zapaleń płuc kataralnych wieku niemowlęcego. — Kapłański: O występowaniu odczynu Widala w przebiegu duru brzusznego. — Kon: Przypadek ropnego zapalenia stawu kolanowego u 9 m. dziecka na tle zakażenia b. paracoli. — Bychowski: Rozpoznanie różniczkowe, anatomja patologiczna i leczenie choroby Heine-Medina. — Frenklowa: O właściwościach przeciwkrzywiczych naświetlonej ergosteryny, (streszcz. zbior.).

Polski Czerwony Krzyż, rok VIII, nr. 5 z r. 1928: Wł. Kryński: Ale o tem on wiedzieć musi. Gustaw Ador. — M. J. K.: Miłosierdzie podczas pokoju i wojny. — Henryk Dunant. — Instytucje Polskiego Czerwonego Krzyża. — Nowa składnica P. C. K.

Medycyna, rok II, nr. 29 z 21 lipca 1928: N. Krakowska: Istota jąkania. — W. Melanowski: Zapalenie współczulne oka i jego leczenie. — Z. Michalski: Ignacy Baranowski.

Warszawskie Czasopismo lekarskie, rok V, nr. 22—23, z 20 lipca 1928: R. Becker: Korrelacja zjawisk fizycznych i psychicznych w nozologji i patologji. — J. Przedborski: O porodowych urazach wewnątrzczaszkowych u noworodka. — P. Demant: Zachowanie się wapnia i potasu we krwi pod wpływem blokady układu siateczkowo-śródbłonkowego. — R. Markuszewicz: Szczególny objaw w organicznych zaburzeniach pamięci (dok.). — St. Miller i J. Konorski: Działalność kory mózgowej w świetle teorji Pawłowa (streszcz. zbior.). — P. Wołk: Badania biologiczne nad nową mączką witaminowo-wapniową „Witamozą". — H. Goldberg: Istota reumatyzmu ostrego i zwalczanie go jako zagadnienie społeczne. — Wł. Dobrzyński: Lekarze a sprawiedliwość społeczna.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 31, z 29 lipca 1928: J. Muszyński: Chemiczno-sądowe dochodzenie śladów krwi. — K. Wenda: Wiedza przyrodnicza w dawnych aptekach (dok.). — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Polski Przegląd chirurgiczny, tom VII, zeszyt 2, z r. 1928: H. Schramm: W sprawie nowotworów kiszki grubej. — W. S. Bainbridge: Chirurgja a nowotwory złośliwe. — A. Gruca: Przyczynek doświadczalny do sprawy leczenia żylaków sposobem Sicard'a, Linsera i Genévrier'a. — D. Sassower: Etjologja, patogeneza i leczenie żylaków. — M. Grobelski: Garbatość młodzieńcza. — St. Nowicki: Powstawanie i znaczenie kliniczne martwicy w nasadach kości. — J. Zaremba: O tak zwanych centralnych zwichnięciach w stawie biodrowym. — J. Krotowski: Guzy zapalne sieci. — J. Zaorski: Skręt sieci. — M. Grobelski: Leczenie złamań szyjki udowej (streszcz. zbior.). — A. Leśniowski: Ś. p. Andrzej Ciechomski.

Medycyna, rok II, nr. 30, z 28 lipca 1928: Z. Michalski: O rozpoznawaniu chorób serca. — W. Wawrzyńska: Przyczynek do badań nad uodpornianiem biernem przeciw płonicy. — A. Ławrynowicz: W sprawie patogenezy niektórych zakażeń paratyfusowych. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego (c. d.).

Medycyna rok II, nr. 31, z 4 sierpnia 1928: Z. Michalski: O rozpoznawaniu chorób serca. — N. Krąkowska: W sprawie głuchoty. R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego (c. d.).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 21. 1928.

Rosenthal, Wiślicki, Kollek: *Stosunek silnych jadów krwi do produktów przemiany białka.* Autorzy opierają się na własnych spostrzeżeniach że w niektórych warunkach normalne produkty przemiany białka mogą przejść w silnie działające trucizny krwi, wywołując ciężkie postacie niedokrwistości o typie Bier-

mera. Dzieje się to przeważnie na drodze utleniania, a głównym czynnikiem w tej przemianie jest wątroba. Narząd ten posiada własności desaminizacji oraz utleniania kwasów aminowych. Przy zaburzeniu jej czynności powstają stąd oksyaminy, które niszcząco działają na układ krwiotwórczy. Na tej podstawie odnoszą autorzy przyczynę niedokrwistości złośliwej do zaburzeń w pośredniej przemianie białka.

F. Freund: *O histo-biologji białaczki szpikowej.* Autor dochodzi do wniosku, że komórki białaczkowe powstają z tkanki łącznej, tłuszczowej oraz z komórek ściany naczyniowej. Pod wpływem promieni Roentgena spotykał autor przemianę komórek białaczkowych o charakterze powrotnym.

Nr. 22. 1928.

Kasor: *Przypadek wrodzonej gruźlicy.* Przypadek ten dotyczył oseska mającego 42 dni życia. Objawy chorobowe rozpoczęły się od objawów ze strony opon mózgowych. Zejście śmiertelne nastąpiło po 10 dniach choroby. Sekcja wykazała gruźlicę prosówkową oraz gruźliczo zmienione gruczoły chłonne we wnęce wątroby. Siedliskiem infekcji pierwotnej było niewątpliwie łożysko.

F. Bertram: *Ćwiczenia gimnastyczne chorych na cukrzycę.* Według autora bardzo korzystne są dla chorych na cukrzycę ćwiczenia gimnastyczne. Prowadzą one do poprawy procesów przemiany materji, a powinne być stosowane pod kierunkiem lekarzy, najlepiej w zakładach.

F. Ernst. *Grupy krwi a gruźlica.* Na podstawie 200 przypadków u których autor oznaczał grupy krwi wnosi, że nie można stwierdzić istnienia żadnej charakterystycznej grupy krwi dla osobników gruźliczych.

A. Feldt, L. Wegner: *O leczeniu infekcji pasteurella zapomocą przetworów złota.* U królików zakażonych kiłą i gruźlicą, jeżeli dołączy się infekcja pasteurelli, leczy się dobrze zapomocą złota. Z 7 królików dotkniętych przewlekłą cholerą kurzą, leczonych wstrzykiwaniami solganolu, 5 zostało klinicznie wyleczonych. Myszy zakażone pasteurellą również dają się leczyć zapomocą solganolu. Wyniki tego leczenia są jednak mniej korzystne.

Nr. 23. 1928.

K. Atzerodt: *O odczynach na raka i ich wartość praktyczna.* Autor omawia znaczenie nowszych prób jako rozpoznawczych przy raku. Stwierdza, że ani odczyny białkowe ani też barwikowe nie udają się dla wczesnego rozpoznawania nowotworów.

E. Güntz: *Choroba Dercuma ze zmianami w stawach oraz z cukromoczem.* Autor przedstawia przypadek otyłości bolesnej z niedomogą mięśniową oraz z zaburzeniami psychicznemi. Badania przemiany spoczynkowej wykazało poziom normalny, białkowy odczyn specyficzno-dynamiczny prawidłowy. Prócz tych objawów stwierdził przewlekłe zmiany stawowe, oraz cukromocz, który określa jako cukrzycę. Jako przyczynę podnosi w tym przypadku zaburzenie w układzie wkrewno-wegetatywnym.

Nr. 24. 1928.

M. Goldzieher: *Interrenina, jako hormon kory nadnercza.* Na podstawie dłuższych badań udało się autorowi wyosobnić z kory nadnercza ciało zwane interreniną. Autor użył sposobu używanego przy sporządzaniu insuliny. Wartości tego ciała są obniżające na ciśnienie krwi. Pozatem spostrzega się spadek lipoidów we krwi, oraz antagonistyczne wpływy tegoż ciała wobec adrenaliny.

Nathan, Munk: *O doświadczalnych objawach uczulenia i allergji skóry pod wpływem miosalvarsanu.* Doświadczenia autorów wykazały, że skoro myosalvarsan wstrzyknąć śródskórnie u człowieka zdrowego w roztworze 1%, żadnego odczynu się nie spostrzega. Tą metodą natomiast można spowodować u niektórych osób uczulenie całej skóry na myosalvarsan. Przekonać się o tem można, stosując go ponownie w ten sam sposób w 8—10 dni później. W 2-ch przypadkach stwierdzili autorzy naciek w miejscu wstrzyknięcia po śródskórnej reinjekcji, a prócz tego ogólną wysypkę o charakterze pokrzywki.

Z. Tomanek (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 7. III. 1928.

Przewodniczący Prezes Prof. Latkowski. Obecnych 54.

Demonstracje z II Kliniki wewn. Kol. Szczeklik przedstawia przyp. raka płuc wychodzącego z oskrzela u 48 letniego mężczyzny górnika. Omawia rozpoznanie różniczkowe oraz zwraca uwagę na stosowaną obecnie głównie w Ameryce tracheoskopję we wczesnych okresach tego schorzenia, która to metoda pozwala rozpoznać początkowe stadja raka oskrzeli.

W dyskusji zabierają głos: Prof. Kader, który wspomina o przypadku raka płuc ze swej praktyki. Prof. Latkowski zwraca uwagę, że na częstość pojawiania się raka oskrzeli wpływa wdechiwanie pyłu węgla kamiennego; powyższy czynnik etjologiczny można było stwierdzić u przedstawianego chorego, który był z zawodu górnikiem. Wspomina o spostrzeganym przez siebie przypadku raka płuc, który zakończył się krwotokiem płucnym.

Kol. Adamowicz przedstawia zdjęcia rentgenologiczne 4-ch przyp. rozstrzeni oskrzeli wykonane zapomocą lipjodolu. Omawia pokrótce tego rodzaju technikę zdjęć rentgenologicznych oraz przedstawia obrazy kliniczne demonstrowanych przypadków.

W dyskusji zabierają głos: Prof. Lewkowicz, który podkreśla trudności rozpoznawcze rozstrzeni oskrzeli u dzieci; lipjodol w tych razach wyświetla sprawę.

Kol. Schwarzbart uważa laryngoskopję bezpośrednio za najstosowniejszą do wprowadzenia lipjodolu; radzi wprowadzać lipjodol wprost do tego odcinka oskrzeli które wykazuje zmiany rozstrzeniowe.

Prof. Latkowski zauważa, że nie można z góry wiedzieć, które części oskrzeli są zajęte przez rozstrzenie, dlatego też nie sądzi by rada Kol. Schwarzbarta były stosowną.

Kol. Miodoński omawia metodę, którą stosował do wprowadzania lipjodolu w przypadkach przedstawianych przez kol. Adamowicza; demonstruje przyrząd służący do wprowadzania lipjodolu do oskrzeli. W dalszym ciągu dyskusji zabierali głos: Prof. Lewkowicz i Kol. Chudyk, którzy radzą posługiwać się kateterem miękkim przy bronchografji.

Kol. Łukaszczyk wygłasza odczyt p. t. „O glukhormencie" (rzecz okazała się w druku).

W dyskusji zabierali głos: Kol. Szczeklik, który jest zdania, że glukhorment należałoby wypróbować na większym materjale chorych na cukrzycę lekką, ewentualnie w niektórych przypadkach średnio-ciężkiej cukrzycy; zwraca uwagę na brak odpowiedniego leku, któryby można polecić w wymienionych postaciach cukrzycy.

Prof. Latkowski podkreśla, że w pracowni Wiechowskiego stwierdzono, że glukhorment zawiera syntlalinę wobec czego prof. Latkowski radzi dużą ostrożność w podawaniu glukhormentu.

Kol. Łukaszczyk w odpowiedzi nadmienia, że jeśli nawet glukhorment zawiera związki guanidynowe to być może, że znajdują się one w nim w lepszej postaci niż w syntalinie, a to z tego względu, że glukhorment posiada mniej toksyczne właściwości.

Posiedzenie z dnia 14. III. 1928.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski. Obecnych 60.

Demonstracje: Kol. Ściesiński przedstawia z Zakładu Ana-Patolog. przypadek gruczolaka nerki (adenoma tubularis), 2) przypadek fibrolipo- myo- sarcoma w tkance zaotrzewnej (guz ważący 20 i pół kg). Prof. Gieszczykiewicz — demonstracja bakter. coli mutabile (przeznaczone do druku). W dyskusji zabierają głos: Dr. Eisenberg, który stwierdza, że przypadek przedstawiony przez Prof. Gieszczykiewicza należy do tych, w których rzeczywiście poraz pierwszy wyhodowano ze krwi bacterium coli mutabile. Omawia sprawę mutacji bacterium coli mutabile a następnie cechy, które należą do mutacji. Zmiana bact. coli mutabile odbywa się na zawołanie podczas gdy zmiany te są rzadkie w królestwie roślinnem i zwierzęcem: tutaj przyczyną zmiany jest podanie cukru. Dr. Eisenberg tłumaczy następnie konstytucję gatunkową na przykładach i wspomina o bacterium paracoli i jego modyfikacjach.

Dr. Blasberg wyraża wątpliwość; czy ze stanowiska internisty należy wykryciu bakterji we krwi koniecznie przypisywać znaczenie etjologiczne w danej sprawie chorobowej.

Prof. Gieszczykiewicz w odpowiedzi zaznaczył, że co do faktu mutacji to chodzi tu o odzyskanie pewnej cechy utraconej przez bakterje (fermentacja cukru mlecznego). Uważa, że najstosowniejszą nazwą byłaby mutacja bakteryjna. Jeśli we krwi pojawiają się bakterje to najprostszem jest przypuszczenie, że odgrywają one role w przebiegu toczącej się sprawy chorobowej.

Kol. Felix przedstawia przypadek sarcoma hepatis primarium, z przerzutami.

W dyskusji zabierają głos: Kol. Reiner i Kol. Felix.

Kol. Łukaszczyk przedstawia: 1) przypadek guza w płucu o niewyjaśnionej naturze. 2) przypadek anemia perniciosa leczony skutecznie wątrobą.

W dyskusji zabierają głos: prof. Tempka, który omawia roz-

poznanie różniczkowe 1-go przyp. przedstawionego przez kol. Łukaszczyka; następnie przemawiają w sprawie 1-go przypadku przedstawionego przez Kol. Łukaszczyka koledzy Blasberg, Szczeklik, Hirsch.

Prof. Walter przedstawia 3 przypadki:

1) Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex.
2) ulcus cruris tuberculosum.
3) tuberculosis cutis papulosa.

W dyskusji zabierają głos: Doc. Szymanowicz, który mówi w sprawie etjologji przyp. I. kol. Ściesiński, który wspomina o przypadku sekcyjnym podobnym do przyp. I., gdzie badanie histologiczne wykazało utkanie mięsaka. Prof. Walter w odpowiedzi.

Posiedzenie z dnia 21 marca 1928.

Przewodniczący Prezes Prof. Latkowski. Obecnych 100.

Prezes poświęca wspomnienie pośmiertne pamięci zmarłego prof. Browicza. Następnie Prezes wita kursistów lekarzy, którzy przybyli na posiedzenie.

Demonstracje: Dr. Wachtel przedstawia chorego z ca linguae leczonego radem, u którego wytworzyła się następowo osteonekroza szczęki dolnej.

Dr. Woyciechowski przedstawia preparat uzyskany przy operacji ciąży zamacicznej, złożony z trąbki, w której tkwi łożysko połączone pępowiną z płodem mierzącym 42 mm, a odpowiadającym stopniem swego rozwoju 9 tygodniowi życia. Dr. W. starał się wydobyć guz w całości lecz tenże pękł w ostatniej chwili przy oddzielaniu zlepu z siecią i wówczas wyślizgnął się z jaja płód, który okazywał wydatne ruchy wszystkiemi kończynami podobne do ruchów płodu donoszonego, tylko nieco zwolnione, a na dotyk palcem reagował silnym skurczem wszystkich kończyn jakoteż otwarciem ust co zrobiło wrażenie ruchu obronnego. Wśród podwiązywania szypuły guza utrzymywało się to zjawisko przyczem ruchy stawały się coraz wolniejsze aby po przecięciu szypuły wkrótce ustać; trwało to razem około 5-ciu minut. W piśmiennictwie znany jest tylko 1 przyp. Strassmanna, który również podczas operacji ciąży zamacicznej spostrzegł przez nieuszkodzoną owodnię ruchy płodu długości zaledwie 2 cm (6 tygodn.); inne nieliczne spostrzeżenia odnoszą się do płodów znacznie starszych. Dr. W. nadmienia, że skurcze worka sercowego widział Arman u 6-cio tygodniowego zarodka a Mariantschik u zarodka 1,3 cm przez 5 minut. Embrjologja uczy, że u zarodka długości 20 mm jest już cały układ mięśniowy wykształcony i unerwiony a więc zdolny do funkcji co potwierdza spostrzeżenie Strassmanna. Worek sercowy, układ naczyniowy tętniczy i żylny są już u zarodka ludzkiego mierzącego zaledwie 3 mm tak wykształcone, że opierając się na analogji zwierząt można narządy te uważać w tym okresie za aparat funkcjonujący.

Prof. Godlewski wygłasza odczyt p. t.: „O regeneracji".

W dyskusji zabierają głos: Prof. Majewski: W ustroju zwierząt wyższych i u człowieka tkanką, która odznacza się szczególną zdolnością regeneracyjną jest nabłonek. W patologji ocznej mamy sposobność dzięki metodom biomikroskopji śledzić z wielką dokładnością proces regeneracji nabłonka rogówkowego. Erozje rogówkowe pochodzenia urazowego goją się nadzwyczaj prędko pokrywając się świeżym nabłonkiem. Równocześnie obserwacja kliniczna dostarcza nam dowodów, że regeneracja jeżeli ma być dokładną i prawidłową musi się odbywać wśród korzystnych warunków z wykluczeniem wszelkich wpływów któreby ją mogły zakłócić i wypaczyć. I tak jeżeli oko dotknięte erozją rogówkową nie jest dostatecznie unieruchomione przez założenie opatrunku obuocznego to nabłonek zregeneruje się wprawdzie ale po upływie pewnego czasu może przyjść do nawrotu. Chory budzi się rano z uczuciem bólu i utykania w oku a badanie wykazuje w tym samym miejscu rogówki erozję tej samej wielkości i tego samego kształtu jaki miała erozja pierwotna wywołana urazem. Widocznie zregenerowany nabłonek nie przyrósł do błony Bowmana dostatecznie mocno i odkleja się od niej z wielką łatwością. Nawroty takie mogą się powtarzać wielokrotnie i stanowią zasadniczą cechę tego schorzenia noszącego nazwę erosio corneae traumatica recidivans dolorosa.

Regeneracja nabłonka rogówkowego jest procesem zbawczym w przebiegu gojenia się nietylko erosji ale i zranień głębszych jakoteż owrzodzeń rogówkowych. Ale niekiedy wykracza ona poza istotną potrzebę, przekracza właściwą miarę i wtedy może się stać szkodliwą dla oka a nawet niebezpieczną. I tak znane są rzadkie co prawda ale niewątpliwie stwierdzone przypadki, w których przez ranę rogówki czy to urazową czy operacyjną np. zadaną oku przy operacji katarakty nabłonek dostaje się do przedniej komory oka, wrasta coraz głębiej i wyściela niejako tapetuje sobą dokładnie wszystkie ściany tej komory zaklejając szczelnie także obwodowy kącik filtracyjny przedniej komory, przestrzenie Fontanny, ligamentum pectinatum i tamując przez to odpływ cieczy wśródocznej, co prowadzi do powstania jaskry następowej wraz ze wszystkiemi jej zgubnemi dla wzroku następstwami.

Doc. Szymanowicz wspomina o regeneracji błony śluzowej macicy po porodzie, poronieniach; omawia mechanizm regeneracji, przytacza odpowiednie przykłady ze świata zwierzęcego.

Prof. Kostanecki: podkreśla jak duże znaczenie dla medycyny mają doświadczenia Prof. Godlewskiego. Nadmienia i wyjaśnia sprawę regeneracji występującej w gojącej się ranie i po porodzie. Wyraża pogląd, że pewne wysoko zróżnicowane tkanki mogą zastępować inne tkanki w pewnych warunkach. Omawia doniosłość badań prof. G. dla sprawy nowotworu.

Prof. Godlewski w odpowiedzi zaznacza, że zdolności regeneracyjne odciętego ogona aksolotli są jeszcze lepsze niż ogona pierwotnego. Następnie mówi Prof. Godlewski o znaczeniu hormonów produkowanych przez corpus luteum i o znaczeniu regeneracyjnem nabłonka.

Sprawozdanie z III Zjazdu Towarzystwa okulistów Polskich w Poznaniu 27, 28 i 29 kwietnia 1928.

(Ciąg dalszy).

III posiedzenie 28 kwietnia 1928, o godzinie 9.

Przewodniczący: Prof. Bednarski (Lwów).

Sekretarze: Dr. Musiał (Lwów) i Dr. Wieczorek (Warszawa).

Kapuściński (Poznań): Odczepienie siatkówki, teorje i sposoby leczenia. (Referat programowy).

Po krótkim wstępie historycznym omawia prelegent teorję Lebera i oświetla ją krytycznie jak również i teorje Gonina, Kuemmella, Hanssena, Deutschmanna, Heinego oraz innych autorów i dochodzi do wniosku, że za mało mamy podstawowych wiadomości nie tylko klinicznych i patologiczno-histologicznych ale także fizjologicznych i anatomicznych, aby zrozumieć powstawanie odczepienia. Należy uznać szereg przyczyn działających przy tem schorzeniu i dla tego na odczepienie siatkówki należy patrzeć jako na jeden z objawów spraw patologicznych toczących się w gałce ocznej. Można odróżniać trzy kategorje odczepiania swoistego:

1) odczepienie przy wysokim stopniu krótkowzroczności,
2) odczepienie w oku miarowem występujące u ludzi starszych,
3) odczepienie w oku miarowem bez względu na wiek.

Przy wysokim stopniu krótkowzroczności powodują odczepienie te same przyczyny, które działają destrukcyjnie na gałkę oczną. Poznanie tych przyczyn łączy się z poznaniem genezy myopji.

W drugiej kategorji odczepienia przyczyny dociec jeszcze trudniej.

W trzeciej kategorji (najmniej licznej) odgrywają rolę schorzenia jak gruźlica, kiła, reumatyzm i inne.

Jedynym stałym objawem odczepienia są zmiany ciałka szklistego. Hipotonja nie zawsze występuje, o ile się bada zaraz po wystąpieniu choroby. Ostrą hipotonję należy uważać za antytezę jaskry ostrej; objawy (iritis, zmętnienie płynu przedniej komory) są wywołane mechanicznem przekrwieniem przedniego odcinka gałki ocznej. Dobre rokowanie przy sprawach nerkowych u ciężarnych wskazuje, że przy swoistem odczepieniu, gdzie rokowanie jest tak bardzo niekorzystne, przesięk posiatkówkowy nie może być jedyną przyczyną odczepienia. Zwrócić należy uwagę, że przyczepienia samorodne zdarzają się przy swoistem odczepieniu najczęściej wtenczas, gdy siatkówka uległa destrukcji i sprawność funkcyjna jej zanikła. Badania doświadczalne na oczach królika do rozwiązania zagadnienia odczepienia przyczynić się nie mogą. Zabiegi lecznicze podzielić należy na metody nieoperacyjne i metody operacyjne. Operować należy wtenczas, gdy metoda konserwacyjna nie prowadzi do celu. Jednakże zbyt długo z operacją zwlekać nie należy. Prelegent. omawia metody operacyjne Deutschmanna, Hirschfelda, Muellera, Lagrange'a, Gouin'a i inne jakkolwiek niektóre metody, n. p. metoda Gouin'a zdaje się stosunkowo dobre dawać wyniki (50% wyleczeń), jednak wyniki te potwierdzenia innych operatorów nie znalazły. Leczenie odczepienia siatkówki należy uważać za problemat dotąd nie rozwiązany.

Rozprawy.

Majewski (Kraków): Z bardzo wyczerpującego i interesującego referatu kolegi profesora Kapuścińskiego wynika jasno, że dotąd patogeneza odczepienia siatkówki nie jest nam znana. Daleki od wysuwania jakiejkolwiek koncepcji teoretycznej, chcę tylko zwrócić uwagę na mechaniczne warunki, wśród jakich powstaje odczepienie w oczach dotkniętych wysokiego stopnia krótkowzrocznością. Wiemy, że myopia permagna prowadzi do znacz-

nego powiększenia gałki ocznej, którą możemy z pewnem przybliżeniem uważać za kulę. Otóż powierzchnia kuli powiększającej się rośnie proporcjonalnie do kwadratu promienia, objętość zaś proporcjonalnie do trzeciej potęgi promienia. Przyjmując przykład jaskrowy, że promień powiększył się dwukrotnie, to powierzchnia powiększyła się czterokrotnie, volumen zaś gałki ośmiokrotnie. Wynika z tego, że błony stanowiące ścianę gałki ocznej muszą ulec w oku myopa bardzo znacznemu rozciągnięciu, a szklistka, która musi sobą wypełnić taką powiększoną przestrzeń, rozwadnia się z konieczności. Powstaje więc synchisis corporis vitrei. Co do poszczególnych błon ocznych, to twardówka, najbardziej i najłatwiej rozciągliwa, rozciąga się i cieńczeje — bez widocznej szkody dla funkcji oka. Naczyniówka wyściela powiększającą się powierzchnię dna oka kosztem bardzo znacznej rarefikacji (chorioiditis arealaris atrophicans). Tak jednak misterna i delikatna błonka, jaką jest siatkówka, nie może się rozciągnąć w nieskończoność. Więc cóż się dzieje? Siatkówka ta odczepia się na pewnej przestrzeni od ściany, której już nie jest więcej w stanie sobą wytapetować. W przypadkach retino-chorioiditis prawie, że nigdy nie przychodzi do oderwania siatkówki, a to z tej prostej przyczyny, że jest ona licznemi zrostami jakby gwoździkami przymocowana do naczyniówki, a jeżeli zdarzy się, że się oderwie, to z małej przestrzeni i „od gwoździa do gwoździa". Otóż, jeżeli nie możemy się zdobyć na teorję objaśniającą, dlaczego siatkówka tak często odrywa się od swego podścieliska, to przynajmniej powinniśmy dążyć do rozwiązania zagadki, dlaczego ona nie odrywa się w tak wielu przypadkach myopji bez zrostów siatkówkowo-naczyniówkowych.

Noiszewski (Warszawa): Przedewszystkiem należy pamiętać, że siatkówka nigdy nie jest zawsze ani przyczepiona ani przyklejona. W ciemności między przyblonkiem barwikowym i warstwą czopków i pręcików znajduje się przestrzeń wypełniona cieczą i dopiero pod wpływem działania światła igły pigmentowe przybłonka barwikowego wstępują w ścisłe zetknięcie z czopkami i pręcikami, ale gdy oko powraca ponownie do ciemności, zawsze powstaje między nimi wolna przestrzeń. Zapalenie siatkówki plastyczne, gdy ciecz pozasiatkówkowa nie może przeniknąć przez siatkówkę do szklistki. Zmiany w szklistce są nie przyczyną, ale skutkiem odpadnięcia siatkówki. Jest tu pewna analogja między seclusio pupillae, gdy ciecz z tylnej komory nie może przeniknąć do komory przedniej. Stara metoda leczenia odpadniętej siatkówki — opaska uciskowa sprowadza, według mego osobistego doświadczenia, zawsze zapalenie plastyczne tęczówki. Tłumaczy się to w ten sposób, że ulega tu zapaleniu pars retinalis iridis per continuitatem. Zapalenie siatkówki przy odpadnięciu wykazały badania Dra Melanowskiego. Siatkówka posiada znaczną sprężystość, i tem się tłumaczy, że siatkówka nie odpada przy operacji zaćmy, a nawet wtedy, gdy znaczna część szklistki wypada. Że zapalenie siatkówki jest przyczyną odpadnięcia siatkówki przemawiają przypadki odpadnięcia siatkówki przy zapaleniach białkomoczowych siatkówki. Odpadnięcie ustępuje zawsze, jak tylko ustępuje choroba nerek.

Musiał (Lwów): Puklina siatkówkowa. (Wrzekomy wągr ciałka szklistego).

Jeżeli mowa o oderwaniu siatkówki, wspomnieć muszę o jednej postaci oderwania siatkówki, z jaką wyjątkowo możemy się spotkać. Postać tę nazwałbym przepukliną siatkówkową, albo wągrem wrzekomym ciałka szklistego. Postać tą zdarzyć się może tylko wówczas, jeśli mamy do czynienia z podwójnem oderwaniem siatkówki i to z oderwaniem powstałem w następstwie surowiczego oderwania siatkówki. Jeżeli więc mamy oderwanie siatkówki od dołu i od góry, to wówczas ramię zstępujące górnego oderwania siatkówki z ramieniem wstępującem oderwania dolnego, może tworzyć zagięcie, pętlę, rodzaj wypustki palczastej, która to wypustka może być ułożona w płaszczyźnie oderwanej siatkówki, albo sterczeć do ciałka szklistego ku przodowi w kierunku rogówki. Przytem może wykonywać ruchy nie tylko na boki, lecz ruchy wciągania i wyciągania podobne do ruchów, jakie zwykliśmy oglądać przy ruchach wągra, co zresztą jest zrozumiałe w wypadku istnienia płynu pod siatkówką (system rurek szklanych o różnym przekroju i wysokości wypełnionych cieczą). Wypustka ta przytwierdzona do podstawy może być łudząco podobna do szyjki i główki wągra. Od pomyłki rozpoznawczej uchronić się można opierając się na 1) wywiadach, 2) dokładnem badaniu i 3) badaniu przebiegu dalszego. Jedna jak i druga sprawa występuje zwykle nagle. Wągr jako zator tworzy plamkę białosiną wielkości tarczy nerwu wzrokowego, przypomina do pewnego stopnia zator tętnicy środkowej siatkówki. W tym okresie jednak wągr tworzy zbity twór a nie pęcherzyk. Główka i szyjka tworzą się dopiero w trzecim miesiącu od chwili usadowienia się w ustroju. Główka i szyjka oraz ruchy widoczne są dopiero z końcem trzeciego miesiąca rozwoju. W przypadku przepukliny siatkówki wypustka ta, mimo, że jest podobna do główki i szyjki wągra, przy badaniu widoczna jest jako wypustka palczasta jednak przeświecająca, gdy przeciwnie główka i szyjka stanowią ciało nieprzeświecające, składające się z członków proglotydów. Nadto na główce można stwierdzić smoczki i haczyki i zawsze w połączeniu z pęcherzem ostro ograniczonym, o brzegach opalizujących na powierzchni. Dalszy przebieg całkowicie sprawę wyjaśnia. Podczas gdy przy wągrze sprawa nie tylko nie ustępuje, ale ciągle dalej powoduje stan zapalny wskutek rozwoju, a nawet w razie obumarcia, dalej powoduje drażnienie jako ciało obce, to przy przepuklinie siatkówkowej wystarczy chorego położyć na kilka dni do łóżka, a sprawa się uspokaja, a przepuklina może zupełnie zniknąć wraz z oderwaną siatkówką po wessaniu wysięku, jakto miało miejsce w przypadku przeze mnie spostrzeganym. Oprócz wspomnianych przyczyn oderwania siatkówki trzeba uwzględnić oderwanie urazowe. Prelegent stosuje u siebie na oddziale zawsze leczenie zachowawcze, spokój, nadto wcieranie w przypadkach krótkowzroczności. Następnie omawia przypadek wyleczonego w zupełności oderwania siatkówki od 6-ciu lat u żony lekarza. Drugi przypadek urazowego oderwania siatkówki w okolicy plamki żółtej, wielkości 8 tarcz przy ostrości wzroku pół metra początkowej, a normalnej po tygodniu, mimo, że powstała blizna po wypocinie.

Zamenhof (Warszawa): Niewątpliwie odczepienie siatkówki jest raczej objawem a nie chorobą. Ponieważ na razie leczymy tylko objaw — przeto nie daje ono nam wyników stałych. Przy tej sposobności zaleca posługiwanie się wziernikiem elektrycznym, który uwydatnia lepiej szczegóły dna. Ogniskując linję świetlną na siatkówce odczepionej, odrazu spostrzegamy zabarwienie szarawe z ewentualną przerwą w miejscu przedziurawienia. W plamce żółtej nie przedziurawionej linja tylko ścieńcza się. Zwraca też uwagę na objaw bardzo wydatnie występujący niekiedy przy siatkówce świeżo odczepionej lub świeżo przyklejonej; jest to lekkie pofałdowanie powierzchni przypominające dno rzeczne lub plażę, wyraźnie występujące przy badaniu w świetle zogniskowanem, zwłaszcza gdy je przesuwamy.

Pokaz fotografij z cieniami od naczyń, jako objawem zwyrodnienia cystoidalnego siatkówki, w przypadku dawnego odczepienia, pozornie zagojonego.

Kerszman (Białystok): uważa, że niestety wszystkie nasze zabiegi przy odczepieniach siatkówki na skutek myopia progressiva maligna najzupełniej zawodzą. Odsetek wyleczeń 2 do 4% jest taki sam po leczeniu chirurgicznem jak i bez żadnego leczenia, co najlepiej zilustrują dwa następujące przypadki. Jeden dotyczy robotnika, który przy olbrzymiej złośliwej krótkowzroczności, po zachorowaniu na odczepienie siatkówki, po 6-ciu tygodniach bez żadnego leczenia wrócił zupełnie zdrowy, gdyż stan jego materjalny nie pozwolił mu nawet na przerwanie pracy zawodowej. Drugi przypadek dotyczy 15-letniej dziewczyny, która obarczona dziedziczną krótkowzrocznością, po podniesieniu ciężaru zachorowała na opadnięcie siatkówki. Po 2 tygodniach, podczas których stosowano jedynie ambulatoryjnie zastrzyki soli kuchennej, siatkówka całkowicie przyłożyła się. Wobec stwierdzonej dziedziczności złośliwej krótkowzroczności, społeczeństwo wcześniej czy później będzie musiało traktować tę ciężką chorobę jak i inne dziedziczne nieuleczalne choroby, mianowicie, drogą sterylizacji. Jest to nie tylko prawo ale i obowiązek społeczny.

Melanowski (Warszawa) opisuje przypadek wystąpienia wyraźnych błon w ciałku szklistem, idących od okolicy ciałka rzęskowego w przypadku współczulnego odwarstwienia siatkówki. Pasma te, błony gęstniały i w miarę tego odwarstwienie rosło i obecnie po 6 miesiącach chory jest zupełnie niewidomy. Leczenie Calfeutrage'm Lagrange'a w 6 przypadkach wyników nie dało. Leczenie tuberkuliną w 1 przypadku dało poprawę przemijającą, zresztą nie wiadomo, czy nie pomogło tu leczenie w łóżku raczej, bo po powrocie do pracy znowu pogorszenie wróciło.

Abramowicz (Wilno) wspomina o korzystnem oddziaływaniu nastrzykiwania wyjałowionego powietrza w przypadkach oderwania siatkówki z ostrą hipotonją, oraz zwraca uwagę na wzmagające ciśnienie oczne działanie uciskowej opaski, które ostatnio znalazło potwierdzenie w pracy Sugasawy.

Bednarski (Lwów): Leczenie napotne przy oderwaniu siatkówki zarzucił, natomiast często stosuje wcieranie szarej maści. W kilku przypadkach stosował galwanokauteryzację episkleralną Lagrange'a bez rezultatu. Podobnie, po galwanopunkturze twardówki otrzymał tylko przemijającą poprawę. Mimo to obie te wyżej wymienione metody leczenia prelegent ma zamiar dalej stosować.

Pines (Białystok): Leczenie chirurgiczne niestety nie daje lepszych wyników, niż leczenie zachowawcze. Samoistne wyleczenie jest też dla lekarza, który dużo tych spraw widział, rzeczą nie rzadką. Naogół biorąc, prelegent woli leczenie zachowawcze. Colmatage, aczkolwiek daje pewne przejściowo wzmożenie ciśnie-

nia, jednak na opadniętą siatkówkę nie wpłynie. W jednym tylko przypadku po Calmatage'u siatkówka przylegla, ale Colmatage poprzedziła dwukrotna punkcja gałki.

Szymański (Wilno): Aczkolwiek vis medicatrix naturae sama może spowodować przyleganie odczepionej siatkówki, to jednak nie należy stać bezradnie i wszystko zostawić naturze, bo na cóż jest wtedy lekarz? Niepowodzenie zabiegów ręcznych nie może stanowić przeciwwskazania do ich stosowania. Statystyka węgierska obejmująca 10-letni okres, która nie wykazała lepszych wyników przypadków leczonych od nie leczonych, nie znała jednak Colmatage'u sposobu później dopiero wynalezionego. Colmatageu jest zabiegiem, który przeciwdziała jednemu z najgłówniejszych warunków powstawania odczepienia — hipotonji; jest w każdym razie zabiegiem racjonalnym. Poza tem jest zabiegiem ręcznym zupełnie bezpiecznym, o ile będzie dokonany lege artis, to jest niezbyt powierzchownie, niezbyt głęboko, tak aby przypiec twardówkę, jednak, nie przedziurawić ją i nie wejść w ciałko rzęskowe. W wileńskiej klinice stosujemy z reguły Colmatage w każdym przypadku, co jednak nie wyklucza jednoczesnego stosowania wszelkich innych zabiegów, to jest: pozatem w odpowiednich przypadkach robiliśmy nakłucia, przekłucia, ignipunkturę, wprowadzenie powietrza do ciałka szklistego, zastrzyki soli i dioninę podspojówkowo. Stosowaliśmy cały arsenał leków z rozmaitem szczęściem. Jednak gdybym sam miał nieszczęście zapaść na oderwanie siatkówki, to leżałbym na odpowiednim boku, zachowałbym bezsolną dietę i przedewszystkiem poprosiłbym zrobić mi Colmatage.

Kapuściński (Poznań): W wykładzie swoim zaznaczyłem, że przy wysokim stopniu krótkowzroczności powodują odczepienia te same przyczyny, które działają destrukcyjnie na gałkę oczną. Jestem skłonny również do przypuszczenia, że mechaniczne odczepienie odbywa się tak jak to przedstawił prof. Majewski. Nie mniej dowodów na to przedstawić nie można. Fakty zaś mówią jak ze statystyki wynika, że tylko 10% oczu o wysokiej myopji ulega odczepieniu siatkówki. Pytanie stawione przez prof. Majewskiego, dlaczego nie w każdem oku o wysokiej myopji i bez zmian w naczyniówce nie występuje odczepienie, jest problemem, który również trudno byłoby rozwiązać jak problem odczepienia. Co zaś do zapatrywania prof. Noiszewskiego chciałbym zaznaczyć, że ruchy czopków i pręcików oraz wypustek barwikowych obserwować można tylko u niższych zwierząt. Badanie histologiczne różnych autorów, jak to we wykładzie podkreśliłem, wykazuje, że jest połączenie między obu warstwami. Przestrzeni wypełnionej cieczą między warstwą czopków a warstwą nabłonka barwikowego nawet u niższych zwierząt nie spotykamy. Można się o tem przekonać oglądając preparaty które wystawiłem pod mikroskopem. Jest tam oko żaby wyjęte w ciemności barwione srebrem oraz złotem. Na innych preparatach z oka króliczego barwionych różnemi metodami można dostrzec włókienka nitkowate łączące obie warstwy. Zapalenie siatkówki może być przyczyną odczepienia, ale nie przyczyną generalną. Odczepienie białkomoczowe właśnie wykazuje przez swe dobre rokowanie, że przy swoistem odczepieniu przyczyna musi być inna.

Jasiński (Poznań): Fizyczno-chemiczne cechy płynu podsiatkówkowego przy odczepieniu siatkówki u krótkowzrocznych.

Dotychczasowy zupełny brak danych, dotyczących chemicznych i fizycznych cech płynu podsiatkówkowatego w przypadkach odczepienia jej, niewątpliwie sprowadzał myśl badaczów na manowce. Autorowie istniejących koncepcyj powstawania odczepienia siatkówki osnutych li tylko na histopatologicznych lub klinicznych obserwacjach posługiwali się często fałszywemi przesłankami. Graefe n. p. kierując się intuicją, przypuszczał, że jako powód tworzenia się wysięku podsiatkówkowatego należy uważać stan zapalny naczyniówkowo-twardówkowy; przypuszczenie to okazuje się jednak bezpodstawne; jak również nie posiadają faktycznego uzasadnienia pokrewne teorje Stellwaga i Arlta. Twierdzenie Lebera w myśl poglądów Iwanowa, że płyn skupiający się pomiędzy naczyniówką i siatkówką jest wydzieliną kurczącego się ciałka szklistego, sprzeczne z rzeczywistym stanem rzeczy; badania nasze wykazują zasadniczą różnicę pod względem fizyko-chemicznych właściwości, cechujących płyn komory przedniej, ciałka szklistego i płynu podsiatkówkowego. W rachubę również nie mogą być brane teorja Raehlmanna, oczywisty wytwór spekulacji teoretycznej, i poglądy Kuemmll'a, które nie zyskały zwolenników. Coprawda Kuemmell klinicznie zaobserwował zjawisko przemawiające za większem stężeniem części składowych płynu podsiatkówkowego w przypadkach odczepienia siatkówki, lecz nie nasunęła mu się myśl o zbadaniu go analitycznie. Bezwzględnej pewności nie mamy też, czy zmiany zaobserwowane przez licznych autorów w ciałku szklistem nie są zmianami wtórnemi i t. d. Badania nasze wykazały, że płyn gromadzący się pod siatkówką w przypadkach odczepienia jej posiada następujące cechy fizyko-chemiczne: jest on przejrzysty lub o lekkiem żółtawem zabarwieniu, brak w nim włóknika ilość białka refraktometrycznie (ND: 13449, 13383, 13460, 13410, 13392, 13368 i t. d.) i na podstawie badań metodą Stolnikowa jest dość znaczna (od 5.8 do 1%).

Przewodnictwo elektryczne płynu zbliżone do surowicy (stosunek oporów surowicy do płynu 100:111). Lepkość badana wiskozimetrem Hessa wykazuje wahania 2.3, 2.0, 1.5; lepkość krwi jednocześnie badana u kilku chorych wykazała wybitne zmiany (4.1, 3.95 i t. d.). Cytologicznie stwierdzić można tylko nieliczne limiocyty. Stosunek globulin do albumin wykazują wahania 3/1, 2/1 i t. d. Sądzić więc można, że płyn podsiatkówkowy ma wszelkie cechy niezapalnego płynu przesiękowego, a więc prawdopodobnie mamy do czynienia z większą przenikliwością naczyń krwionośnych. Zwraca uwagę też zmiana lepkości krwi u chorych.

Wieczorek (Warszawa): O leczeniu zakrzepów żył siatkówki zastrzykami pozagałkowemi atropiny.

Dotychczas nie zastrzykiwano pozagałkowo atropinę u chorych z zakrzepem żył siatkówki. Zastrzyki atropiny (0,5—1 mg) wywierają w tych przypadkach korzystny wpływ. Na ogólną ilość 10-ciu chorych poddanych leczeniu u 8-miu wyniki były dodatnie. Zastrzyki pozostały bez widocznych wpływów w przypadku, w którym zakrzep środkowej żyły siatkówki stwierdzono jednocześnie z zatorem środkowej tętnicy siatkówki, oraz w przypadku, w którym krwotoki na dnie oka przykrywały plamkę żółtą, zresztą po zastrzyku chorego obserwowano tylko przez godzinę. Nawet w kilka miesięcy po stwierdzeniu zakrzepów, ostrość wzroku poprawiała się znacznie już w parę minut po pierwszym zastrzyku, a najwyższa ostrość wzroku osiągnięta podczas leczenia utrzymywała się przez cały czas obserwacji chorych (do 8 miesięcy). W żadnym przypadku nie nastąpiło chociażby przejściowe pogorszenie wzroku. Krwotoki i białe ogniska na dnie oka wchłaniały się znacznie szybciej niż ma to zwykle miejsce przy stosowaniu w tych razach przetworów jodu. U żadnego z chorych nie zauważono bezpośrednio po zastosowaniu atropiny i wogóle w okresie obserwacji poważniejszych ubocznych objawów. lub chociażby przemijającego wzmożonego ciśnienia wśródgałkowego.

Schweig (Łódź): Zastrzyki atropiny poza gałka jako środek rozszerzający naczynia siatkówkowe podał Abadie. W dwóch przypadkach zaniku nerwu wzrokowego przy wiądzie rdzenia nie osiągnąłem żadnego wyniku. Może były to przypadki daleko posunięte. W przypadku zatrucia chininą (prawdopodobnie w celu wywołania poronienia) zastrzyki atropiny 0,001 poza gałkę dały wyniki bardzo dobre.

Abramowicz (Wilno): Rozszerzające naczynia działanie atropiny przy pozagałkowem jej zastrzyknięciu znajduje swoje potwierdzenie w pomiarach ciśnienia krwi w naczyniach środkowych siatkówki sposobem Bailliart'a, kiedy to w następstwie takiego zastrzyknięcia występuje obniżenie ciśnienia, wywołane rozszerzeniem drobniejszych naczyń siatkówki.

Wieczorek (Warszawa): a) Przypadek podsiatkówkowych wągrów w obydwu gałkach i operacyjne usunięcie tych pasorzytów.

Przypadek dotyczył 37-letniego wieśniaka. W oku prawem siatkówka była oderwana na nieznacznej przestrzeni, ostrość wzroku wynosiła 6/20. W oku lewem siatkówka była oderwana w górno-zewnętrznej połowie dna: ostrość wzroku: liczy palce przed okiem. Po usunięciu pasorzytów ostrość oka prawego poprawiła się do 6/12. A w oku lewym pozostała bez zmiany. Wągry jednocześnie w obydwu gałkach spotykano dotychczas wyjątkowo rzadko, około 1:100 przypadków wągrów narządu wzroku, a ogółem trzykrotnie. O operacyjnem wydobyciu tych pasorzytów z obu oczu niema wzmianki nigdzie.

b) O technice wydobycia podsiatkówkowych wągrów i określenie miejsca lokalizacji na dnie oka.

Aby móc należycie wykonać zabieg usunięcia podsiatkówkowego wągra (lub ciałka obcego tkwiącego w ścianie gałki) należy przedewszystkiem oznaczyć położenie jego na dnie oka w stosunku do tarczy n. w. i rogówki. Najłatwiej urzeczywistniamy to w drodze porównania przestrzeni na dnie z rozmiarami tarczy nerwu wzrokowego i oznaczamy je w stosunku conajmniej do 2 punktów. Wymierzamy n. p. odległość od tarczy i równocześnie od poziomego i pionowego południków dna. Niekiedy należy się posługiwać kątami, utworzonemi przez proste łączące brzegi, zajmujących nas odcinków ze środkiem tarczy a jednym z południków. Lecz zupełną pewność o ścisłości naszych obliczeń możemy uzyskać jedynie, oznaczając na szkicu oka zajmujące nas miejsce zgodnie z uzyskanemi pomiarami. O ile dane na rycinie zgadzają się wzajemnie, mamy rękojmię ich prawidłowości.

Na zasadzie ryciny wycinamy z ceraty miarkę, której jedna strona odpowiada kształtom rąbka rogówki, druga zaś jednemu z południków gałki. Na miarce zaznaczamy linję zamierzonego cię-

cia twardówki. Ceratę wyjaławiamy równocześnie z narzędziami chirurgicznemi.

Gałkę ustawiamy prawidłowo, odwracając w płaszczyźnie odpowiedniego jej południka, poczem nakładamy na oko miarkę, która wskaże miejsce i rozmiary cięcia.

Melanowski (Warszawa): Miło mi tu podkreślić, że pełne zapału usiłowania prelegenta dały ten schemat, który niejednemu operatorowi ułatwi wydobycie wągra. W moim spotkanym ostatnio przypadku wydobyłem wągra podsiatkówkowego w okolicy na ¼ przekroje tarczy w południku odnosowym dolnym (pod kątem 45° do poziomu). Do lokalizacji bardzo mi dopomógł schemat badania pola wrażliwości siatkówki prof. Noiszewskiego. Po rozcięciu mięśnia wewnętrznego prostego gałkę odciągnąłem ku zewnątrz i w górę i w odległości 15 mm od rąbka dokonałem cięcia twardówki, wągr wyskoczył. Chora obecnie, która miała $^1/_4$ ostrości wzroku i znaczne zwężenie pola widzenia, ma znacznie szersze pole widzenia i ostrość wzroku $^5/_6$. Jednak ten niepokój, jaki przeżywa chirurg przy rozcięciu oka, każe mi polecić wszystkim starannie opracowany schemat Wieczorka. Należy zwrócić uwagę na społeczną stronę zagadnienia i zaapelować do sfer miarodajnych, by baczniejszą uwagę zwracano na badanie mięsa wieprzowego, gdyż przypadki wągrowatości i włośnicy stają się u nas już zbyt częste.

Wnioski: Zjazd III Okulistów Polskich zwraca się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z wnioskiem zwiększenia ostrożności w badaniu mięsa wieprzowego gdyż ostatnio przypadki wągrowatości i włośnicy stały się zbyt częste ,czego wyraz już mamy pod postacią powikłań ocznych w tych cierpieniach. (Wniosek przyjęto).

Wojno (Warszawa): Dokładne określenie położenia wągra podsiatkówkowego jest nieodzownym warunkiem jego usunięcia. Sposób sprawdzenia obliczeń przedstawiony przez Wieczorka bardzo prosty i łatwy odda tu niewątpliwie duże usługi.

Musiał (Lwów): Wytworzenie nowych naczyń w siatkówce.

Prelegent omawia przypadek wytworzenia naczyń w siatkówce u chorego 48-letniego pozostającego w obserwacji od kilku lat. Początkowo chory ten zgłosił się ze zmianami obwodowemi w naczyniówkach obu oczu, nadto mętami ciałka szklistego oka prawego. Przy odpowiedniem leczeniu sprawa się poprawiła tak że ostrość była prawie normalna. Badanie wewnętrzne jak i Roentgenem wykazało daleko posunięte zmiany miażdżycowe w łuku tętnicy głównej i w sercu. Odczyn Wassermanna kilkakrotnie robiony zawsze ujemny. Po kilku miesiącach nastąpiło nagle pogorszenie na oku prawem. Ostrość wzroku $^1/_2$ m. Wziernikiem można było stwierdzić zamknięcie tętnicy górnej. Tarcza n. w. prawidłowa. Stan taki utrzymuje się dłuższy czas. W dalszym ciągu można było stwierdzić zmiany na tarczy n. w. oka prawego. Przed tarczą wypocina wielkości i kształtu tarczy. Wypocina w ciałku szklistem zdaje się być w połączeniu z tarczą. Przy patrzeniu skośnie tarcza widoczna w głębi, prawidłowa. Dalszy przebieg wykazuje bujanie naczyń owej wypociny, naczyń zupełnie ciemnych jakby żylnych w stronę siatkówki. Naczynia te zataczając łuki podobnie jak to widzimy przy wielkiego stopnia obrzęku tarczy, dochodzą do siatkówki i rozprzestrzeniają się w niej ku obwodowi. W okresie tym naczynia prawidłowe siatkówki. Pierwotne naczynia widoczne w głębi jako białe linijne smugi,/ natomiast nowo wytworzone zupełnie ciemne znacznie bliżej. Ostrość wzroku: z $^1/_2$ m obecnie $^5/_{10}$. Stan taki utrzymywał się przez szereg miesięcy, aż naskutek krwotoku nastąpiło zupełne zaciemnienie ciałka szklistego.

Śluskowska (Warszawa): *Leczenie schorzeń jagodówki zastrzykiwaniem ciał proteinowych.*

Stosowano injekcje domięśniowe mleka i yatren - caseiny w 3 przypadkach iridocyclitis, 2 — iritis, 3 — uveitis, 7 — chorioiditis. Chore z przewlekłemi schorzeniami jagodówki zgłaszały się do Inst. Oftalm. po długotrwałem bezskutecznem leczeniu ambulatoryjnem zwykłemi środkami farmakologicznemi. Otrzymano bardzo dużą poprawę ostrości wzroku w 1 przypadku iridocyclitis chr., 2 przypadkach uveitis luetica, 3 przypadkach chorioiditis disseminata (w tym przypadek chorioiditis disseminata tbc.). Dużą poprawę ostrości wzroku, chociaż nieco mniejszą od poprzedniej otrzymano w 3 przypadkach chorioiditis disseminata. W jednym przypadku chorioiditis dissem. tbc. bezpośrednio po kuracji poprawy osrości wzroku nie otrzymano, stwierdzono ją natomiast po powtórnem przybyciu chorej (w ciągu sześciotygodniowej nieobecności w Inst. chora nie leczyła się). W 2 przypadkach (iritis ac. rheum. iridocyclitis chr.) proteinoterapja była przerwana z powodu wystąpienia ogólnej choroby infekcyjnej. Zanotowano jednak przedtem poprawę w stanie oczu. W 2 przypadkach iritis ac. i uveitis ac. po wyjęciu zaćmy patologicznej otrzymano dobre zejście cierpienia. W jednym przypadku iridocyclitis chron., occlusio pup., glaucoma sec. oc. utr. nie zdołano powstrzymać pogorszenia ostrości wzroku. Podkreślić należy bardzo dobre wyniki jakie otrzymano w wszystkich przypadkach chorioiditis dissem., gdyż jest to cierpienie, które często trudno poddaje się leczeniu.

Wojno (Warszawa), otrzymuje dobre wyniki przy proteinoterapji w przypadkach chorioiditis disseminata nawet wówczas, gdy wszelkie inne leczenie zawiodło. W niektórych przypadkach lepsze wyniki dają zastrzyki mleka i innych preparatów. Lepszy Wistosan niż Yatren - Caseina.

Musiał (Lwów), zgadza się zupełnie z spostrzeżeniami Wojno co do stosowania Wistosanu, który daleko lepsze daje wyniki niż preparaty mleka.

Naróg (Lwów): Co do proteinoterapji wspomina w pracy z roku 1924 Piti. Wyniki lecznicze uzyskane przy stosowaniu ciał białkowych i szczepionek w chorobach ocznych.

Wówczas stosował proteinoterapję w 150 przypadkach, a od tego czasu liczba przypadków wzrosła na kilkaset. Najlepsze wyniki uzyskał przy zapaleniu tęczówki na tle reumatycznem przy równoczesnem podawaniu Salicylatów i w przypadkach urazowych na tle najrozmaitszego rodzaju uszkodzeń. Już po jednem lub dwóch wstrzyknięciach znikał wysięk z przedniej komory i ostrość wzroku poprawiła się. Lepsze wyniki daje mleko zagotowane do wrzenia niż preparaty gotowe. Ilość wstrzyknięć i ilość mleka nie wpływa na zmianę stanu. O ile pierwsze zastrzyknięcie nie daje widocznej poprawy, to po następnych nie należy się więcej spodziewać. Przestrzega się przed bezkrytycznem stosowaniem proteinoterapji zwłaszcza przy gruźlicy i wadach serca gdyż może przyjść do zaostrzenia ognisk płucnych wzgl. shoku i exitus.

Kierszman (Białystok): *W sprawie obustronnych obwodowych ścieśnień pola widzenia pochodzenia nosowego.*

Przypadek dotyczy 16-letniej dziewczyny u której prelegent stwierdził przy normalnym wyglądzie dna wybitne okrężne prawie symetryczne zwężenie pola widzenia obu oczu. Badanie rhinologiczne wykazało lewostronną sprawę zapalną w zatoce Highmore'a i komórkach sitowych. Radykalny zabieg operacyjny uzdrowił pacjentkę całkowicie. W przypadku wyżej opisanym obustronne prawie koncentryczne zwężenie pola widzenia było jedynym zwracającym naszą uwagę objawem. W innych przypadkach tego rodzaju, ze zmian w polu widzenia na pierwszy plan wysuwają się powiększenie plamy Mariotte'a oraz mroczek centralny (przeważnie jednostronny, b. rzadko obustronny). W sprawie obwodowego zwężenia pola widzenia Wilbrand i Saenger uważają, iż schorzenia przechodząc z otoczek na jego pień mogą w początkowych stadjach powodować koncentryczne zwężenie pola widzenia przy nieźle zachowanej centralnej ostrości wzroku (Neuritis interstitialis peripherica). Według prelegenta takie obustronne neuritis interstitialis miało miejsce w opisanym przypadku.

Musiał (Lwów), zwraca uwagę na sposób leczenia neuritis retrobulbaris jużto operacyjnie od strony nosa i na drugi sposób w ostatnich czasach stosowany, to jest głębokie tamponowanie w nosie na pół godziny przez kilka dni (Adrenalina i novokaina 2%). Przypadek tym sposobem leczony w szpitalu we Lwowie na oddziale ocznym po tygodniu był zupełnie wyleczony.

Kępiński (Warszawa), zwraca uwagę na badanie stomatologiczne. Nierzadko sprawy zatokowe uważane za nosowe są pochodzenia stomatologicznego. Rozkwit stomatologji zmienia nasze pod tym względem zapatrywania. Prelegent ostrzega przed operowaniem od strony oka w ostrych sprawach ropnych pozagałkowych wychodzących z zatok, ponieważ można te sprawy dosięgnąć przez Highmore'a, co kosmetycznie daje o wiele lepsze wyniki.

Kapuściński (Poznań), podaje przypadek neuritis retrobulbaris występującej z powodu zastąpienia zęba zatyczką sięgającą do antrum Highmori. Po wyjęciu tej zatyczki centralny mroczek cofnął się a wystąpił znowu po włożeniu zatyczki. Przy neuritis interstitialis peripherica zawsze widzimy zmiany zapalne w nerwie ocznym. Mroczek centralny poprzedza czasem o kilka lat wystąpienie innych objawów rozsianej sklerozy.

W dyskusji brał udział również Wieczorek.

Zamenhof (Warszawa): *Mroczek błękitny krótkowzrocznych.*

Cztery przypadki trwałego mroczka błękitnego środkowego wzgl. przyśrodkowego, u trzech chorych z krótkowzrocznością od 11 d 15 D. Na dnie oka u chorych tych dawały się stwierdzić zmiany właściwe oczom krótkowzrocznym, a mianowicie pierścień zanikowy naczyniówki dookoła tarczy, drobne ogniska zanikowe w naczyniówce, pęknięcia w warstwie barwikowej, przemieszczenie barwika oraz wylewy krwawe podsiatkówkowe. Mroczek trwał od kilku miesięcy do kilku lat i widziany był przez chorych jako plama granatowa, niebieska lub niebiesko - zielona.

o wielkości od 2 5 stopni, pokrywająca przedmioty tuż obok punktu fiksacyjnego. Nie miał on w żadnym przypadku związku ze zmianami na dnie oka widocznemi zapomocą wziernika i był prawdopodobnie wywołany zmianami niewidzialnemi w warstwie komórek wzrokowych siatkówki, spowodowanemi może przez rozpad komórek barwikowych skutek drobnych pęknięć w naczyniówce. Od zwykłych przypadków widzenia barwnego spotykanego często w odczepieniu siatkówki, mroczek ten różnił się swojem umiejscowieniem przy punkcie fiksacyjnym, trwałością oraz niewielkim rozmiarem. Przewaga barwy niebieskiej stoi może w związku z normalnem zabarwieniem plamki żółtej wskutek kontrastu w miejscach jej uszkodzenia. Pozatem objaw ten nie ma cech złośliwych i w żadnym z obserwowanych od 2 do 3 lat przypadków nie nastąpiło ani odczepienie siatkówki ani też nawet pogorszenie wzroku.

Trószyńska (Kraków): *Wrodzony nowotwór mieszany oczodołu.*

Zofja S. w wieku 2 dni została zgłoszona na klinikę okulistyczną U. J. z powodu guza wychodzącego z oczodołu lewego. Guz ów wielkości małej mandarynki, barwy czarno-brunatnej z miejscami jaśniejszemi szaremi, spoczywa częściowo poza oczodołem na skórze policzka, nie przedstawiając żadnych zrostów z otoczeniem i tylko zapomocą krótkiej szypuły jest przytwierdzony do spojówki w części środkowej oczodołu. Dotykiem wyczuwa się, iż poza spojówką szypuła guza przechodzi w twór twardy, podłużny, drążący w głąb oczodołu. Usunięto drogą operacji guz duży zewnętrzny jak i połączony z nim mały wewnętrzny. Badanie mikroskopowe wykazało: Guzek mały jest niedorozwiniętą szczątkową gałką oczną. Guz duży w większej swej części budową swą przypomina naczyniak jamisty. W rok po wyjęciu guza nawrotu nie stwierdzono.

Schweig i Kacenelson (Łódź): *O wytrzeszczu przestankowym (Exophthalmus intermittens).*

47-letni robotnik od kilku miesięcy choruje na napady silnych bólów głowy połączonych z wysadzeniem prawej gałki ocznej. U chorego stwierdza się wiotkość skóry prawego policzka, pod nią ciastowate guzowatości, łatwo uciskające się i dochodzące przy nachyleniu się chorego do wielkości kurzego jaja; następnie naczyniaki w różnych częściach ciała, wreszcie rozszerzone żyły na czole i guzy krwawnicze kiszki stolcowej. W normalnej postawie chorego enophthalmus prawego oka, przy nachyleniu się chorego już po pół minuty znaczny wytrzeszcz prawej gałki, taki sam wytrzeszcz prawej gałki przy ucisku na prawe żyły szyjne. Na dnie prawego oka dolna żyła siatkówkowa rozszerzona, jeszcze więcej rozszerza się podczas wytrzeszczu. Przy nachyleniu się chorego w tył powiększa się enophthalmus. Visus obustronnie 6/6 z + 1,0 D. Przy ucisku na żyły szyjne występuje rozszerzenie żył na dolnej prawej powiece. Wassermann ujemny, nakłucia lędźwiowego rozmyślnie nie dokonano. Wewnętrznie prócz starych zmian szczytowych żadnych zmian chorobowych nie wykryto. Odczyn Biernackiego 275, obraz mikroskopowy krwi prawie normalny, kapillaroskopowo niema zmian. Chodzi o wytrzeszcz przestankowy prawostronny, mający pierwotną swoją przyczynę w konstytucjonalnym upośledzeniu budowy układu żylnego. Bezpośrednim powodem wystąpienia wytrzeszczu jest przeszkoda w odpływie krwi z oczodołu leżąca w żyłach twarzowych (podług Birch-Hirschfelda) i wywołująca napełnienie się żylaków pozagałkowych. Enophthalmus tłómaczy się zanikiem tkanki tłuszczowej pozagałkowej, którą substytuują żylaki pozagałkowe jak nowotwory. Obserwowane w tym przypadku organiczne zaburzenia móżdżku przemawiają za guzem naczyniowym, który przez ucisk na móżdżek lub drogi móżdżkowe powoduje wymienione objawy. Obecność wyługowanych krwinek w moczu przy braku innych składników patologicznych przemawia również za upośledzeniem ścianek żylnych w nerkach. Proveinase Midy i wyciąg sporyszu oraz laxantia spowodowały, że chory może wykonywać lżejsze prace z małem nachylaniem się bez wywołania wytrzeszczu subjektywnie lepiej się czuje, a objektywnie stwierdzono zmniejszenie się żylaków na podudziach.

IV Posiedzenie dnia 28. IV 1928 o godzinie 15.

Przewodniczy: Dr. Szaad, (Toruń).

Sekretarze:

Dr. Zachert (Warszawa) i Dr. Zamenhof (Warszawa).

Ruszkowski (Warszawa): W sprawie leczenia chirurgicznego krwotocznej jaskry urazowej

Zwykłe operacje przeciwjaskrowe, jak irydektomia, sklerektomja Langrange'a i Elliot'a w przypadkach krwotocznej jaskry urazowej zawodzą, gdyż wzmagają one odczyn zapalny ciałka rzęskowego, a odczyn ten, jak wykazał Leplat, ma duży wpływ na powstawanie jaskry urazowej. Najlepsze wyniki leczenia chirurgicznego krwotocznej jaskry urazowej autor otrzymywał po zwykłem przekłuciu rogówki (paracentesis corneae). Autor operował w ten sposób siedmiu chorych mężczyzn w wieku 8, 14, 18, 30, 47, 56 i 70 lat, osiągając unormowanie ciśnienia śródgałkowego we wszystkich przypadkach a poprawę wzroku w sześciu przypadkach, gdyż w przypadku siódmym powstała zaćma urazowa.

Rozprawy:

Abramowicz (Wilno) miał możliwość obserwowania w klinice Wileńskiej przypadku jednostronnej jaskry pourazowej. Obok wylewu krwi do przedniej komory istniały wybroczyny w siatkówce wraz z pęknięciem naczyniówki. Jednak najbardziej ciekawem zjawiskiem w tym przypadku było wystąpienie tętnienia tętnicy środkowej siatkówki tylko w tem oku, co jak wiadomo występuje, kiedy ciśnienie śródoczne zrówna się lub zlekka przewyższy ciśnienie naczyniowe. To tętnienie było przerywane z asystolją i przyczyniło się do stwierdzenia u chorego ciężkiego zapalenia mięśnia sercowego.

Naróg (Lwów): Dwa rzadkie przypadki jaskry zapalnej: a) przy ciąży, b) we wczesnym wieku.

a) Dotychczas nie spotkałem w piśmiennictwie przypadku jaskry pierwotnej zapalnej w związku z ciążą, a Meesmann (Arch. f. Augenheilkunde 1926. Beitraege zur physikalischen Chemie des intra okul. Fluessigkeitswechsels,str. 29) uważa jaskrę w ciąży za nieprawdopodobną. Twierdzenie to wypowiada na podstawie badań cieczy komory przedniej. Według pomiarów ciężarnych Fischera, Meesmanna, Imbrego jun., Marxa, Hasselbacha i in. koncentracja jonów wodorowych i kwasota krwi i cieczy przedniej komory jest przy ciąży jakoby wzmożona. Tezę tę jednak obalają prace Mawasa, Marchonda, Lichwitza, Klemensiewicza i ostatnio Jasińskiego, którzy nie widzą zmian w stężeniu jonów wodorowych u osobników zdrowych i chorych na jaskrę.

Nasz przypadek jest również zaprzeczeniem tezy Meesmanna. U osoby 45 l. wieloródki, wyzn. mojż. przyszło do napadu jaskry ostrej na obu oczach w 10 miesiącu ciąży. Dwa miesiące przedtem widziała podobno pierścienie barwne. U chorej stwierdziło się wszelkie objawy jaskry ostrej. Wykonano irydektomię przeciw jaskrową na obu oczach. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Uderzającem było utrzymujące się przez dłuższy czas zmętnienie rogówek. Po roku chora ma ostrość wzroku prawidłową, dno oka i napięcie gałki prawidłowe, na tęczówkach wystąpiły jasno-niebieskie plamy wskutek zaniku barwika. Poród w 3 tygodniu po operacji odbył się prawidłowo.

b) Drugi przypadek jaskry we wczesnym wieku dotyczy mężczyzny lat 26, u którego wystąpił ostry napad jaskry na oku prawem. Prócz cech charakterystycznych dla jaskry zapalnej, były uderzające krwawe wybroczyny na tęczówce i cała sieć nowowytworzonych naczyń, które pokrywały $^3/_4$ tęczówki tak że wyglądała w tem miejscu ciemno-brunatno — jak przy heterochromji. Od strony nosowej barwik tęczówki był wynicowany na 2 mm (ectopia uveae). Lampa Sachsa wykluczyła nowotwór. Vp. Poczucie światła i projekcja dobra z wyjątkiem strony nosowej. Tonometr Schioetza (10) 70 n/n. Wykonano irydektomię, po której prawa komora była w całości wypełniona krwią i krew utrzymywała się przez trzy tygodnie. Po pół roku dopiero można było zobaczyć dno oka, które wykazało plamy po krwotokach centralnych i wybroczynach wzdłuż naczyń. Centralnie na rogówce zostało zmętnienie. Tęczówka w całości była zanikowa, rysunek tęczówki zatarty a na jej powierzchni widoczne były wąziutkie naczynia oraz białe i brunatne plamki. W całości tęczówka wyglądała jak unaczyniona blizna. Źrenica była maksymalnie szeroka, od strony nosowej utrzymywała się nadal ectopia uveae, na prawej torebce soczewkowej były widoczne liczne białe i bronzowe punkciki. Vp. Palce na 2 m. Tonus (5,5) 30 n/n. Była to zatem jaskra krwotoczna we wczesnym wieku.

Ruszkowski (Warszawa). Na klinice ocznej leczyliśmy chorą 38 l., która zgłosiła się po zakończeniu ciąży z przyczyny jaskry dokonanej. Chora podawała, że choroba oczu zaczęła w czasie ciąży i dlatego chora zwróciła się do kliniki dopiero po zakończeniu ciąży. Drugi przypadek jaskry w okresie zakończenia ciąży był połączony ze śpiączką (encephalitis lethargica).

Bednarski (Lwów) podnosi, że przypadek Ruszkowskiego może nie da się porównać z przypadkiem przedstawionym przez Naroga, gdyż u niego stwierdzano w połogu jaskrę dokonaną, a nie badano chorej podczas ciąży, można więc przypuszczać, że jaskra zaczęła się i przed ciążą

Pines (Białystok) uważa iż niema jaskry zapalnej, a jest tylko cyclitis glaucomatosa aut glaucoma e cyclitide.

Majewski (Kraków): Przygotowanie podkładu dla epiprotezy.

Wiadomo, że kikut, jaki powstaje po enukleacji gałki ocznej nie stanowi bynajmniej idealnego podkładu dla oka sztucznego. Nie ma doskonalszego podkładu dla protezy jak zachowane własne oko żywe, które może być emaljową muszelką (tak zwaną epiprotezą) pokryte. Mowa tu oczywiście o oczach oślepłych i szpetnych zarazem. Oczy takie muszą jednak odpowiadać następującym warunkom: 1) Gałka musi być choć trochę mniejszą od drugiego, zdrowego oka. 2) Oko nie może być na dotyk bolesne. 3) Wreszcie ważnym warunkiem jest stan rogówki odpowiedni. Obecność przeźroczystej i na dotyk wrażliwej rogówki stanowi walną przeszkodę w noszeniu protezy. Natomiast rogówka zaćmiona, zbliznowaciała a w dodatku nieco przypłaszczona znosi wybornie stały kontakt z emalją protezy. O ile gałka oczna, oślepła i szpecąca, odpowiada dwom pierwszym warunkom, a niespełnia trzeciego, t. j. ma przeźroczystą i wrażliwą rogówkę, — wtedy prelegent zaleca wykonanie pokrycia tej rogówki spojówką gałkową, przeciągniętą z otoczenia. Wykonywa zatem odpowiednio przystosowaną syndesmoplastykę. Po uruchomieniu płatów spojówkowych z góry i od dołu, zeskrobuje łyżeczką ostrą nabłonek i skaryfikuje całą powierzchnię rogówki, poczem przykrywa rogówkę podwójną warstwą spojówki. Trwały zrost obu płatów spojówkowych zabezpiecza się dwoma szeregami szwów jedwabnych. Można również ściągnąć spojówkę ze wszystkich stron na rogówkę zapomocą szwu kapciuchowego. Po dwóch tygodniach wyjmuje się nitki, o ile same już nie powypadały i wnet potem można dobrać wzgl. dać dorobić epiprotezę, która zazwyczaj doskonale się porusza i kosmetycznie o wiele lepiej wygląda niż proteza zastępująca oko wyłuszczone. Jako ilustrację przedstawia prelegent szereg fotografji osób operowanych opisanym sposobem.

Kadyi (Kraków): O stosowaniu odmy podspojówkowej w przewlekłych chorobach zapalnych oka.

Metoda injekcji powietrza pod spojówkę zapoczątkowana przez Kostera w 1902 r. popadła w niepamięć po roku 1908. Zwolennicy tej metody po większej części lekarze francuscy (Terson pere et fils, i inni) uzyskiwali przy pomocy tej metody dobre skutki w ostrych i przewlekłych chorobach rogówki i twardówki, mniej wybitnych zapaleniach ciałka rzęskowego, w chorobach siatkówki, naczyniówki i ciałka szklistego. Po szeregu przypadków leczonych na klinice okul. w Krakowie autor dochodzi do wniosku, że metoda odmy podspojówkowej wykonywana aseptycznie, według podanej przez Tersona techniki działa na zapalenia rogówki i twardówki tem szybciej, im płyciej leży ognisko zapalenia. Działa lepiej w powierzchownych zmianach zapalnych rogówki, niż w głębokich, lepiej w episcleritis niż w scleritis. Na zapalenie ciałka rzęskowego wpływ jest mniejszy, na zapalenia tylnego odcinka gałki ocznej wątpliwy. Efekt leczniczy polega przedewszystkiem na zmniejszeniu bólu i fotobji towarzyszących zapaleniu ,a następowo na resorbsji ognisk zapalnych. Wszystkie przypadki leczone odmą należały do zapaleń przewlekłych, w znacznej ilości przypadków na tle gruźliczem. Wbrew mniemaniu szeregu autorów francuskich z lat 1902 do 1908, odma działała wolno, lecz niewątpliwie korzystnie w przypadkach zapaleń na tle gruźliczym. W takich przypadkach wskazane jest kombinowanie odmy z innymi sposobami leczenia. Dalsze badania w myśl dawnych praktycznych i teoretycznych doświadczeń, potoczyć się muszą w kierunku stosowania odmy powietrzem o temp. wyższych. Porównawcze zestawienie wyników terapeutycznych odmy czystym tlenem, oraz azotem rozstrzygną może pytania, czy czynnik terapeutyczny jest chemiczny czy raczej mechaniczny.

Musiał (Lwów) podaje, że już w roku 1925 stosował zastrzykiwania powietrza przy rozsianej gruźlicy spojówki gałkowej i załamków z doskonałym wynikiem.

Koszutski (Kalisz) komunikuje, iż stosuje zastrzykiwania powietrza pod spojówkę gałki od szeregu lat przy rozmaitych schorzeniach przedniej części gałki ocznej. Z wyników jest bardzo zadowolony. Szczególnie metoda ta dawała mu dobre wyniki przy ulcus marginalis corneae, przy zapaleniach rogówki na tle herpes zoster i t. p., a także niekiedy przy zmętnieniach rogówki. Metoda jest bardzo łatwa technicznie, niekosztowna, niebolesna, tembardziej godna jest polecenia.

Abramowicz (Wilno) zwraca uwagę na to, że dziś, idąc za przykładem encephalographji stosuje się odmę podspojówkową zwłaszcza poza tylny odcinek gałki w celach dokładniejszego określenia lokalizacji ciał obcych na zdjęciach rentgenologicznych.

Naróg (Lwów). Chociaż odma podspojówkowa jest bardzo pomocniczym środkiem i polecenia godnym, jednakowoż nie we wszystkich przypadkach można uzyskać poprawę zwłaszcza przy gruźlicy spojówki z głębokiemi naciekami.

Eljasberg (Sieradz). Operacja irydektomji sposobem limboirydektomji strzałkowej.

Sposób powyższy stosował 1) przy płytkiej komorze przedniej, 2) przy rozległem zmętnieniu rogówki z przeźroczystym wąskim skrawkiem obwodowym 3) przy staphyloma corneae et prolapsus iridis. Do operacji potrzebnym jest specjalny nóż i mała prosta lanca z zaporem na 4—5 mm, nie pozwalającym wejść w głąb oka dalej, niż do komory tylnej, co uniemożliwia uszkodzenie soczewki, względnie ciałka szklistego. Cięcie rozszerza się w miarę potrzeby bocznemi ruchami tejże b. ostrej lancy. Operacja polega na strzałkowej irydektomji i wyciągnięciu oraz wycięciu kawałka tęczówki.

Dodatnie strony zabiegu: 1) zabieg powyższy uniezależnia operatora od głębokości przedniej komory, 2) wobec odcięcia tęczówki od ciałka rzęskowego, tęczówka daje się łatwiej wyciągnąć co z kolei 3) nie powoduje uszkodzenia ciałka rzęskowego i bólu, 4) szczelina operacyjna tęczówki leży dalej na obwodzie, niż przy zwykłej irydektomji, 5) możliwość nadania szczelinie tęczówki dowolnej formy, 6) możliwość wykonania operacji w dowolnem miejscu obwodu rogówki. Sześć przypadków operowanych przez autora sposobem limboirydektomji miały przebieg i skutek pomyślny.

Zamenhof (Warszawa): O fotografji stereoskopowej dna ocznego.

Fotografja stereoskopowa dna ocznego jest najdoskonalszą formą utrwalania obrazów wziernikowych, i dzięki swej plastyczności przewyższa nie tylko fotografję pojedyńczą, a nawet doskonałe rysunki barwne. Wykonywa się zapomocą dwóch zdjęć robionych jedno po drugiem, przyczem powinny się one różnić pomiędzy sobą jak dwa krańcowe obrazy przy przesuwaniu parallaktycznem, stosowanem przy zwykłem badaniu. Otrzymujemy to rozszerzając źrenicę maksymalnie i ustawiając aparat tak, ażeby promienie przechodziły przy samym brzegu źrenicy, innym dla każdego z dwóch zdjęć. Trzymamy się lewego brzegu w stosunku do chorego w zdjęciu, przeznaczonem dla naszego oka prawego, i odwrotnie wzdjęciu, które będziemy oglądać okiem lewem. Jest to jedyny pewny sposób otrzymania obrazu plastycznego, albowiem w przesunięciu parallaktycznem dna oka badanego. Mała role odgrywa zmiana miejsca w źrenicy oka badanego. Mała zmiana w kierunku patrzenia przy drugiem zdjęciu może być pożyteczna, ażeby przesunąć odblask środkowy, jaki daje aparat Nordensona, wobec czego części zakryte na jednym obrazie uwidoczniają się na drugim. Przytem odblask ten w stereoskopie widzimy jakby w innej płaszczyźnie, co czyni go mniej krępującym. Pole widzenia też nieco się przytem poszerza. Zmiana kierunku osi oka sama przez się nie może dać obrazów parallaktycznie różnych i nie zapobiega otrzymaniu plastyki nawet odwrotnej, o ile zasada dwóch zdjęć przez dwa odpowiednie miejsca źrenicy nie będzie prawidłowo zastosowana.

Kapuściński (Poznań): Sprawa funduszu na cele zjazdów międzynarodowych.

Sprawa Towarzystwa Okulistów Polskich.

Zebranie uchwaliło:

1) Na zjeździe przyrodników i lekarzy w Wilnie będzie obradowała sekcja okulistyczna, która zarazem będzie IV Zjazdem Okulistów.

2) Zebranie uchwaliło podnieść cenę za „Klinikę Oczną" do 30 złotych.

3) Zebranie wybrało członków zarządu Towarzystwa Okulistów Polskich:

Prezes: Prof. Noiszewski.

Vice-Prezesi: Prof. Majewski, Prof. Kapuściński.

Sekretarz: Dr. Ruszkowski.

Członkowie zarządu: Dr. Kępiński, Dr. Bein.

Kępiński (Warszawa) apeluje do wszystkich kolegów-okulistów aby prowadzili dokładne spisy wszystkich ociemniałych, z któremi się spotykają.

LISTY DO REDAKCJI.

Dr. A. SIANOWSKI. Królewska Huta.

W sprawie tytułów doktorskich.

W nowinach Społeczno-Lekarskich i Lekarzu Polskim kilku kolegów poruszyło sprawę używania tytułu doktora medycyny. Najdalej posunął się dr. J., który radzi lekarzom stałe używanie tytułu „dra med.", choć ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej u nas lekarzom z b. zaboru rosyjskiego dozwala jedynie tytułowanie się „doktorami", na co też słusznie zwrócił uwagę dr. A. S. z Warszawy, uważając takie postawienie kwestji za wykroczenie przeciw ustawie państwowej.

Nie ulega natomiast żadnej wątpliwości, że ustawa ta pokrzywdziła lekarzy z b. zaboru rosyjskiego, i jak wiele naszych

ustaw chroma... na jedną nogę. Jeśli bowiem „wielkodusznie" ustawa ta zezwoliła lekarzom z b. zaboru rosyjskiego miast tytułu lekarza używanie tytułu doktora, (choć bez „med.", jak to było i dozwolone w Rosji), należało z drugiej strony zabezpieczyć się w jaki bądź sposób przed niespodziankami i uchwalić, aby i w innych dzielnicach Państwa naszego dyplom doktorski przysługiwał tylko tym lekarzom z dawnych lat (do roku 1918), którzy w państwach zaborczych uczynili zadość wszystkim warunkom i przepisom obowiazującym tamże dla otrzymania dyplomu doktora medycyny czy też doktora wszechnauk lekarskich. Tymczasem dzięki temu niedomówieniu, niektóre wydziały lekarskie u nas zaczęły larga manu wydawać dyplomy doktorskie tym z dawnych lekarzy, którzy legitymowali się tylko dyplomami na tytuł lekarza, wydanymi w Niemczech.

A działo się to w sposób nader łatwy. Ktoś, co otrzymał w latach między 1915 — 1918 t. zw. dyplom wojenny lekarski w Niemczech (wiemy coś o tem, jak je wydawano) opiewający tylko na tytuł lekarza (Arzt) i kto wcale nie dbał o otrzymanie tamże tytułu dra med., co nie było w rezultacie rzeczą trudną, bo należało napisać jedynie jakąś skromną pracę naukową i ją obronić, w kilka lat później, szczególnie w latach 1921 — 1922, składał podanie do któregoś z naszych uniwersytetów z prośbą o nostryfikację jego dyplomu. Trzeba zwrócić uwagę na to, że ci wszyscy panowie, choć byli tylko lekarzami, mieli zupełne prawo wykonywania praktyki lekarskiej u nas i też ją bez przeszkód wykonywali, nie mogli jedynie umieszczać na swoich szyldach innego tytułu, niż „lekarz", i tylko tak się podpisywać (nawet „dr." było zabronione), gdyż władze nadzorcze w b. zaborze pruskim ściśle przestrzegały tych przepisów i winnych przekroczenia prawa pociągały do odpowiedzialności karnej.

A wychodziły one zupełnie z słusznego założenia, że kto chce mieć tytuł doktorski i tak się mianować, musi wypełnić obowiązujące w b. zaborze pruskim przepisy w tym kierunku, bo jest to tytuł ściśle naukowy.

Ale, jak powiadam, znalazł się modus in rebus: zaczęły napływać podania tych lekarzy do niektórych wydziałów lekarskich u nas z prośba o nostryfikację ich dyplomów lekarskich, co było zupełnie zbyteczne, gdyż prawo praktykowania u nas jako lekarze pasiadali zupełne.

I o dziwo, ani jedno z tych podań nie spotkało się z sprzeciwem władz uniwersyteckich i bez zachowania jakichbądź formalności otrzymali wszyscy petenci zamiast przysługującego im tylko tytułu lekarza świeże dyplomy na doktorów wszechnauk lekarskich. Jednem słowem obdarowano tych panów tak zaszczytnym upominkiem, któregoby z pewnością nie uczynili nawet „sentymentalni" niemcy względem swoich ziomków. Przy tej sposobności skorzystali, rozumie się, i tacy, co wogóle nie poczuwali się do polskości i słabo lub wcale nie władali językiem polskim.

Wiemy, ze i niektórym lekarzom z b. zaboru rosyjskiego wszechnice nasze przyznawały tytuł dra med., ale to są ludzie starsi, znani nam czy ze swojej pracy społeczno-lekarskiej czy naukowej, i tym zupełnie słusznie zaszczyt ten się należał.

W istocie też, stała się pewna krzywda lekarzom z b. zaboru rosyjskiego i to akurat lekarzom dawnego autoramentu, któzry w najcięższych czasach ucisku moskiewskiego dzierżyli wysoko sztandar stanu naszego i świecili cnotami i pracą młodszemu pokoleniu.

Tymczasem zostali z taką łatwością zdystansowani przez młodsze latorośle lekarskie, li tylko dzięki ich sprytowi i brakowi przewidywania ze strony władz ustawodawczych przy tworzeniu ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

I zdarzyło się to, co nierzadko się przytrafia na tym padole łez i płaczu: „nie siał, nie orał, a — zbiera".

Deinde ira!

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

W srawie ogłoszeń treści lekarskiej. Okólnik Komisarza Rządu na m. st. Warszawę z dnia 26 czerwca 1928 r. za Nr. B. P. 10899/28 opiewa:

„Niniejszem zawiadamiam, iż na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego o ogłoszeniach treści lekarskiej z dn. 2 sierpnia 1919 r. (Dz. Ustaw 1919 r. Nr. 74, poz. 132), jak również i art. 51 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 10 maja 1922 r. o prawie prasowem (Dz. Ustaw 1927 r. Nr. 45. poz. 398), wszelkiego rodzaju ogłoszenia i reklamy publiczne, których treść dotyczy:

a) sprzedaży wyrobu środków i przyrządów leczniczych, kosmetycznych i higjenicznych i sposobu ich działania lub użycia;

b) wykonywania praktyki leczniczej przez lekarzy, felczerów, dentystów, położne, masażystów i wogóle osoby, trudniące się wykonywaniem wszelkich zabiegów leczniczych;

c) zawodu farmaceutycznego oraz osób i firm, trudniących się wyrobem lub sprzedażą artykułów aptecznych;

d) zdrojowisk, zakładów leczniczych i wód leczniczych — winny posiadać uzyskane uprzednio zezwolenie Wydziału Zdrowia Publicznego przy Komisarjacie Rządu na m. st. Warszawę.

Teksty ogłoszeń, celem uzyskania zezwolenia, winny być przedstawione w 3 egzemplarzach.

Winni przekroczenia powyższego rozporządzenia w myśl art. 51 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 10 maja 1927 r. o prawie prasowem karani będą pozbawieniem wolności do sześciu tygodni i grzywną do pięciuset złotych lub jedną z tych kar".

W sprawie podatku obrotowego. W dyskusji nad budżetem Ministerstwa Skarbu w komisji budżetowej Senatu omówiona była szczegółowo kwestja pojedynczych podatków i nieodzowna konieczność reformy podatkowej. Wskazano m. in. na szkodliwość i konieczność usunięcia lub przynajmniej znacznego złagodzenia podatku obrotowego, który stanowczo przechodzi możność płacenia ludności. P. Minister Skarbu Czechowicz oświadczył, że odnośnie podatku obrotowego w najbliższym czasie ma nastąpić znaczne obniżenie stawek. Uznał dalej, że nierównomierność podatkowa jest niesprawiedliwa i powinna być usunięta.

Leczenie urzędnikódw państwowych w Warszawie. W ambulatoryjnem leczeniu urzędników przy Komisarjacie Rządu nastąpiła zasadnicza zmiana w honorowaniu lekarzy. Zamiast jednostkowego obrachowania lekarz otrzymuje ryczałt 175 zł. miesięcznie za godzinę pracy, przyczem powinien przyjąć najmniej 6 chorych przez godzinę. Jeżeli przyjmie mniej — odpowiednio honorarjum się zmniejsza, jeśli przyjmie więcej — honorarjum odpowiednio się zwiększa. Zmiana powyższa nie może dobrze wpłynąć na system lecznictwa przy Kom. Rz. Należy wziąść pod uwagę, że chory — urzędnik jest, słusznie zresztą bardziej wymagający, aniżeli chory kasowy — robotnik w ambulatorjum Kasy Chorych. Gdyby lekarz mógł przyjąć sześć osób podczas godziny, to na jednego chorego wraz z rozebraniem, zbadaniem, konferencją z chorym, napisaniem recepty i ubraniem się chorego, wypadnie 10 minut. Jest to okres czasu niedostateczny i przeto lekarz więcej jak cztery osoby podczas godziny przyjąć nie będzie wstanie. Jako honorarjum otrzyma przeto ca 80 g. za godzinę. Ten stosunek poprawić się możne znacznie, gdyby lekarz zdecydował się przyjmować nie sześciu chorych na godzinę, lecz np. 12.... Wynagrodzenie zatem za pracę lekarza jest bardzo skromne. Niemoże ono zadowolić lekarza — przypuszczalnie nie leży też i w interesie chorego. System ten, jako szkodliwy dla normalnego rozwoju lecznictwa urzędników należy czemprędzej zmienić. Godzi ten system nietylko w lekarzy lecz i w chorych. Dlaczego — tego wyjaśniać nie potrzeba? Jest to krok wstecz a nie naprzód.

Zjazd Lekarzy Kresowych województw północno-wschodnich odbędzie się w Łucku w czasie pomiędzy 30 i 31 sierpnia 1928 r. Adres Komitetu organizacyjnego: Łuck, ul. Sienkiewicza Nr. 13. Dr. L. Radwański.

Międzynarodowe stowarzyszenie do walki z narkotykami z siedzibą w Waszyngtonie zwróciło się do prezydenta m. Warszawy z prośbą o zawiązanie podobnego stowarzyszenia w Warszawie.

Państwowa Szkoła Higjeny (ul. Chocimska 24) rozpoczyna we wrześniu 3-ci kurs Higjeny Publicznej dla lekarzy. Kurs będzie trwać 9 miesięcy.

Z państwowej Rady Zdrowia. W departamencie służby zdrowia min. spraw wewnętrznych odbyło się pierwsze posiedzenie państwowej naczelnej rady zdrowia. Posiedzeniu przewodniczył w zastępstwie p. ministra spraw wewnętrznych, który częściowo tylko mógł wziąć udział w pracach rady, dyrektor departamentu służby zdrowia, dr. S. Piestrzyński. Witając zebranych, p. dr. Piestrzyński podkreślił odczuwaną przez departament służby zdrowia potrzebę utrzymywania stałego kontaktu z przedstawicielami społeczeństwa, a w szczególności z przedstawicielami naukowego świata lekarskiego i omówił bliżej zadania obecnej państwowej naczelnej rady zdrowia, zaznaczając, że min. spraw wewnętrznych zamierza w jak najkrótszym czasie uruchomić wo-

jewódzkie i powiatowe rady zdrowia, do których istnienia przywiązuje również jak największą wagę. Rada uchwaliła tymczasowy regulamin wewnętrzny, ustalający główne zasady organizacji prac rady, a następnie rozważyła wniesiony przez departament służby zdrowia na porządek obrad projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych i projekt okólnika w sprawie rejestracji gorączki połogowej po poronieniach. Sprawy te, po dyskusji skierowano do sekcji. W sprawie odosobnienia chorych gruźliczych, rada uchwaliła między innemi zwrócić się z apelem do wszystkich lekarzy, aby chorych na gruźlicę otwartą kierowali tylko do miejscowości, posiadających odpowiednie zakłady lecznicze lub sanatorja, chroniące przed niebezpieczeństwem przeniesienia się gruźlicy na otoczenie. W końcu państwowa naczelna rada zdrowia uchwaliła utworzyć na razie sekcje: 1) administracyjną, powołaną do rozważania zagadnień natury ogólnej z zakresu organizacji państwowej i samorządowej służby zdrowia, 2) do spraw walki z chorobami wenerycznemi, 3) do spraw walki z gruźlicą i 4) sekcję do spraw walki z chorobami zakaźnemi.

Lwów.

Izba lekarska Lwowska komunikuje, co następuje:

Zdarzyło się w pewnej miejscowości, że sekcję sądową wykonano w poradni lekarskiej na stole ginekologicznym. Lekarze znawcy tłumaczyli się kategorycznym nakazem sędziego.

Zarząd Izby Lekarskiej odniósł się do Sądu Apelacyjnego we Lwowie i otrzymał następujące wyjaśnienie:

„ Wmyśl §§ 123, 127 i nast. procedury karnej oraz § 10. rozporządzenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Sprawiedliwości z dnia 28. stycznia 1855 r., Dz. u. p. Nr. 25. oględzinami i obdukcją kieruje sędzia, a znawcy-lekarze są obowiązani wykonać zleconą im czynność urzędową stosownie do wskazówek sędziego. Gdyby jednak znawcy-lekarze zrobili spostrzeżenie, że jakieś zarządzenie sędziego przy wykonaniu oględzin sądowych lub przy obdukcji zwłok nie da się pogodzić z zasadami postępowania lekarskiego, mogą wystąpić ze swej strony ze stosownem przedstawieniem, a gdyby w ten sposób różnica zdań nie dała się usunąć, mają prawo zażądać od sędziego, aby treść ich przedstawienia została zanotowana w protokole, a nadto zażądać od sędziego wydania pisemnego polecenia wykonania czynności w miejscu, w czasie, względnie w sposób, który zdaniem znawców jest nieodpowiedni lub niedopuszczalny z przyczyn natury policyjno-sanitarnej".

Zarząd Izby Lekarskiej podaje powyższe wyjaśnienie do wiadomości Kolegów, aby w danym razie mieli wskazówkę, jak postąpić należy.

Program III Zjazdu Zrzeszenia Lekarzy kolejowych we Lwowie dnia 9, 10 i 11 września 1928 r. I-szy dzień: 1. Otwarcie Zjazdu godz. 10-ta rano. 2. Drzy: Długoszewski, Jastrzębski, Małachowski, Mejkowski, Roszkowski, Zawadzki: Higjena dworca kolejowego. 3. Dr. Emil Mazurek: Polskie Szpitalnictwo Kolejowe. 4. Dr. Emil Zadurowicz: Sanatorja Kolejowe. 5. Doc. Adrjan Demianowski: Psychotechnika. Podczas przerwy odbędzie się wspólny obiad. Po wyczerpaniu programu — zwiedzanie miasta i Targów Wschodnich. II-gi dzień: Wycieczka do Worochty, Tatarowa, Mikuliczyna, Jaremcza. III-ci dzień: Wycieczka do Borysławia i Truskawca, gdzie wygłoszony będzie odczyt o tym zdrojowisku. Wpisowe dla członków wynosi 10 zł., dla osób towarzyszących 5 zł. Pieniądze i zgłoszenia prosimy bezzwłocznie wysyłać do Lwowa: Doc. Demianowski, Dyrekcja Kolei, Wydział Sanitarny. Komitet Zjazdu: Doc. Adrjan Demianowski, Dr. Ignacy Klarfeld, Dr. Józef Mazurek, Dr. Emil Zadurowicz, Dr. Józef Zawadzki.

Poznań.

Studjum Wych. Fiz. przy Uniwersytecie Poznańskim. W roku akademickim 1928/29 będą czynne następujące kursy: 1. *Kurs trzyletni pełny*, uprawniający do stopnia „magistra wychowania fizycznego" (nadto zaś, po dwuletniej praktyce, do egzaminu nauczycielskiego dla szkół średnich i seminarjów nauczycielskich). Program ogłoszono w spisie wykładów Uniw. Pozn. Termin zgłoszeń do 15-go września. Studjum pełne (wraz z prawami otrzymania dyplomu magistra wychowania fizycznego) jest dostępne także dla studentów Wydziału lekarskiego, z pewnemi ulgami co do ćwiczeń cielesnych (patrz spis wykładów). 2. *Kurs trzyletni uproszczony* dla studentów (ek). Wydz. humanist. i mat.-przyr., uprawniający do nauczania ćwiczeń cielesnych w szkołach średnich na mocy okólnika Min. W. R. i O. P. z dnia 3 lutego 1927, Nr. O. Prez 14252/26. Program ogłoszono jak wyżej. Zgłoszenia bezpośrednio po zapisie na dany Wydział. 3) ***Wykłady higjeny szkolnej i zasad wychowania fizycznego*** dla kolekwjów i egzaminów, wymaganych przy osiągnięciu kwalifikacji na nauczycieli szkół średnich (tylko w trymestrze jesiennym i zimowym). 4) *Ćwiczenia cielesne* dla studentów (ek) wszystkiel Wydziałów (bezpłatnie). Gimnastyka, lekka atletyka, gry, szermierka, rytmika, plastyka, tańce narodowe, ćwiczenia harcerskie, pływanie, wiosłowanie. Dla dopuszczenia do ćwiczeń wymagane: 18—30 lat, dobry stan zdrowia i odpowiednia sprawność fizyczna. Zgłoszenia osobiste i pisemne (z załączeniem wypełnionego kwestjonarjusza, który Dyrekcja Studjum wysyła na żądanie, a dalej matury, świadectwa zdrowia, życiorysu, ew. świadectw sokolich, harcerskich i t. p.) do Dyrekcji Studjum, Poznań 3, Park Wilsona).

V Zjazd polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Poznaniu od 14—17 września b. r.

Wykłady zgłoszone do 13. VIII. b. r.:

1) Prof. Dr. Walter — Kraków: Współczesne leczenie wczesnej kiły zimnicą.

2) Prof. Dr. Lenartowicz — Lwów: Czy leczenie zimnicą jest istotnym postępem w leczeniu kiły?

3) Dr. Straszyński — Warszawa: Serologja kiły wrodzonej.

4) Dr. Kapuściński — Warszawa: O zachowaniu się krętków bladych w surowicach chorych kiłowych leczonych i nieleczonych (in vitro) oraz badanie nad działaniem neosalwarsanu.

5) Dr. Emil Sawicki — Wilno: Badanie spermy u syfilityków w różnych okresach choroby.

6) Dr. Grzybowski — Warszawa: Odporność przy kile.

7) Dr. J. Wiśniewski — Warszawa: Uzębienie w kile dziedzicznej.

8) Dr. Sonenberg — Łódź: O roli bismutu w okresie surowiczo-ujemnym wrzodu twardego.

9) Dr. Grzybowski — Warszawa: O zjawiskach alergicznych w kile.

10) Dr. Józef Śniegowski — Poznań: Stosunek odczynu Targovlli do odczynu Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym.

11) Dr. Reiss — Kraków: Leczenie kiły wdychaniem par rtęci.

12) Prof. Dr. Karwowski — Poznań: Śmiertelna krwawica po salwarsanie.

Dzień drugi:

13) Prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz — Warszawa: W sprawie zmian wypryskowatych na tle zakażenia mikrobami ropnemi.

14) Docent prymarjusz Dr. Roman Leszczyński — Lwów: Wykrywanie utajonych własności skóry za pomocą odczynów dwui trójczasowych.

15) Dr. Stopczański — Kraków: Elastometrja w dermatologji.

16) Dr. Grzybowski — Warszawa: Histologja porównawcza nacieków podudzia.

17) Dr. Zygmunt Bochyński — Poznań: Stosunek nerwu błędnego i współczulnego do anafilaktycznych schorzeń skóry.

18) Doc. Prym. Dr. R. Leszczyński — Lwów: Badanie nad wpływem ciśnienia ujemnego na skórę.

19) Dr. Stanisław Ostrowski — Lwów: Niektóre objawy kliniczne pod wpływem jadów weget. w zestawieniu ze stosunkami anatomofizykologicznemi układu wegetatywnego.

20) Dr. Hanusewicz — Wilno: Leczenie łuszczycy glukozą.

21) Dr. Romanowa — Kraków: Pyodermia chronica ulcerosa et vegetans.

22) Sekundarjusz Dr. Oskar Blatt — Lwów: Atrofodermje, ich związek z układem dokrewnym i kiłą.

23) Prof. Dr. Karwowski — Poznań: Półpasiec a wietrzna ospa.

Dzień trzeci.

24) Dr. Wernic — Warszawa: O prawodawstwie przeciwwenerycznem w Polsce.

25) Dr. Stopczański — Kraków: Cele i zadania poradni przeciwwenerycznej w Krakowie.

26) Docent Dr. Pawlas — Kraków: Leczenie rzeżączki barwikiem akrodynowym.

27) Dr. Leyberg — Łódź: Uwagi w sprawie uretroskopji cewki przedniej przy rzeżączce przewlekłej, na własnych spostrzeżeniach oparte.

28) Dr. St. Kwiatkowski i Dr. St. Legeżyński — Lwów: Odczyn wiązania dopełniacza (Bordet i Gengou) w rzeżączce.

29) Dr. Kwiatkowski — Lwów: O dożylnem stosowaniu urotropiny w rzeżączce.

30) Dr. Ettinger — Warszawa: Zapalenie rzeżączkowe stawów na podstawie materjału kliniki dermat. Uniw. Warszawskiego.

31) Dr. Zygmunt Bochyński — Poznań: Znaczenie jontoforezy w leczeniu rzeżączki.

32) Dr. Okoniewski — Poznań: O poronnem leczeniu rzeżączki przy zastosowaniu bezpośredniego mechanicznego niszczenia ognisk rzeżączkowych w cewce moczowej.

33) Dr. Kapuściński — Warszawa: O stosowaniu szczepionki gonokokowej w leczeniu dymienic na tle wrzodu miękkiego.

34) Dr. Wernic — Warszawa: O częstości zapadania sterczu, pęcherza nasiennego i gruczołów Cowpera przy zakażeniu rzeżączkowem.

35) Prof. Dr. Lenartowicz — Lwów: Przypadek nadwrażliwości na chininę i aurcsan z przebiegiem śmiertelnym.

36) Dr. T. Chorążak — Lwów: Przetwory złota w leczeniu rumienia toczniowego.

37) Dr. Kl. Kauczyński — Lwów: Gonacrine jako środek uczulający przy leczeniu toczenia pospolitego lampą Finsena.

38) Dr. Edward Bruner — Warszawa: O leczeniu chorób skóry promieniami pogranicznemi (Buckiego).

39) Dr. Trzebicki — Kraków: Wyniki leczenia diatermokoagulacyjnego zmian skórnych z uwzględnieniem badań histologicznych.

40) Dr. Berkowski — Warszawa: Przypadek samouleczenia grzybicy skóry uwłosionej.

42) Dr. Fleszler — Kielce: Wyniki zastosowania octanu talowego jako środka epilacyjnego przy leczeniu grzybic.

43) Docent Dr. Pawlas — Kraków: Przypadek do działania toksycznego talu.

44) Dr. Zofja Wepperówna — Lwów: Leczenie nadmiernego uwłosienia.

45) Dr. Jan Alkiewicz — Poznań: Onychoschisis jako zmiana troficzna po zatruciu gazem.

Wszystkich Kolegów, którzy dotąd jeszcze nie zapowiedzieli swego przybycia, proszę serdecznie o wzięcie udziału w Zjeździe i doniesienie o tem jaknajrychlej pod moim adresem: Prof. Dr. Karwowski, Poznań, ul. 22 grudnia 18, Gospodarz Zjazdu.

Ze świata.

Według Warsz. Czas. lek. nr. 24 z r. 1928. — W roku bieżącym upływa sto lat od dnia urodzenia wielkiego okulisty Albrechta Graefe, który ujrzał światło dzienne dnia 22 maja 1828 r. jako syn znakomitego chirurga Karola Ferdynanda Graefe. Rodzina pochodziła z Warszawy, gdzie obdarzona została dziedzicznem szlachectwem przez cara. Okulistyka nie stanowiła wówczas oddzielnej specjalności. Karol Graefe powołany z Niemiec na lekarza nadwornego, a następnie do Uniwersytetu berlińskiego w charakterze chirurga, zasłynął szybko jako zdolny okulista i operator zaćmy i jako taki był powoływany na dwór do Londynu i spokrewnionego z nim Hannoweru. W chwili śmierci Karola Graefego, który umarł na dur, syn jego miał lat 12 i był uczniem gimnazjum francuskiego w Berlinie. Uważany był za cudowne dziecko; zdolności jego w kierunku matematyki i przyrodoznawstwa były nadzwyczajne. W 15 roku życia miał już maturę, a w 17-ym tytuł doktora medycyny. Graefe udał się do Pragi, gdzie nabrał zamiłowania do okulistyki; stąd do Wiednia już jako okulista; w roku 1848 studjuje w Paryżu, gdzie poznaje znakomitego fizjologa Claude Bernarda, w r. 1850 przebywa w Londynie, w r. 1850 powraca do Berlina, gdzie otwiera oddziałek dla chorych na oczy, a w następnym roku stwarza poliklinikę okulistyczną na Karlstrasse, gdzie pracował do 1870 r., o czem świadczy wmurowana na domu tablica pamiątkowa. Berlin był wtedy jeszcze małem miastem; fakultet lekarski opierał się uparcie wszelkim specjalnościom, a gdy stworzył oddział okulistyczny to powierzył go chirurgowi. W r. 1851 Helmholtz wynalazł oftalmoskop. Przyrząd ten rozjaśnił źrenicę. Graefe był pierwszym, który doniosłość tego przyrządu ocenił i do praktyki go zastosował. W r. 1854 założył „Archiw für Augenheilkunde". w którym zamieszczał często własne fundamentalne prace np. o zezie i operacji zeza. Ogółem zapełnił 2500 stron własnemi artykułami. W r. 1860 ogłosił swoją metodę operowania zaćmy, którą podbił cały świat. Był on założycielem Towarzystwa Oftalmologów w Heidelberdze,Towarzystwa Lekarskiego Berlińskiego i był pierwszym jego prezesem. W r. 1861 zachorował na gruźlicze zapalenie opłucnej i zmarł w r. 1870. W r. 1882 postawiono mu pomnik w Charité. Był to pierwszy pomnik, wystawiony mężowi nauki w Berlinie. Gdy Towarzystwo Ofatlmologów wręczało Helmholtzowi medal, wyraził się ten, że był on tylko rzemieślnikiem, który obmyślił nowe dłuto dla Praksytelesa, Graefe uczynił z okulistyki oftalmologję. W czerwcu r. b. urządzono w Berlinie uroczystą akademję, poświęconą pamięci Graefego.

Dnia 29 maja 1928 r. zmarł we Francji w miasteczku Landes, dokąd usunął się wskutek ciężkiej nieuleczalnej choroby, dr. Jacob ,profesor chirurgji operacyjnej w Val-de Grâce od r. 1908, naczelnik służby zdrowia drugiej armji w czasie wojny światowej, a od 1924 r. dyrektor służby zdrowia armji nadreńskiej. Jako anatom, chirurg, profesor i szef służby zdrowia Jacob zdobył sobie uznanie świata lekarskiego i wszystkich, którzy z nim mieli styczność. Był to bowiem wzór człowieka prawego i do głębi duszy dobrego. Jako autor pozostawił po sobie: 1) „Recherches anatomiques sur les fosses nasales et sinus" przy współudziale prof. Sieura, 2) „Traité d'anatomie topographique" przy współudziale prof .Testut, 3) „Précis d'anatomie topographique", 4) „Atlas d'anatomie topographique" przy współudziale Testut i Billet. Jako chirurg pozostawił po sobie pamięć mistrzowskiego operatora, a jako profesor — nauczyciela, który zreformował dotychczasowe wykłady, modernizując je i przystosowując do życia i praktyki. Całe jego życie było poświęcone niesieniu ulgi bliźnim i wszystkim, co go otaczali, a ślepy los zgotował mu śmierć w okrutnych cierpieniach, których nie zdołała uśmierzyć nawet operacja.

Dnia 11 lipca 1928 odsłonięto pomnik Edmunda Neussera w krużganku dziedzińca uniwersytetu Wiedeńskiego. Przemówienie poświęcone pamięci Neussera wygłosił prof. dr. F. Chvostek. „Zebraliśmy się tu, żeby odsłonić pomnik artyście djagnostyki lekarskiej, którego nie przewyższył żaden po nim lekarz. Będąc uczniem Bambergera, E. Neusser prześcignął swego genialnego mistrza już w młodych latach. Świetna pamięć, którą był obdarzony, umożliwiała mu raz widziane szczegóły uzupełniać nowemi i łączyć w jednolity nowy obraz chorobowy, przez co stanął w pierwszym rzędzie wielkich niemieckich klinicystów". Przemówienie swoje prof. Chvostek zakończył temi słowy: „E. Neusser był współtwórcą wszechświatowej sławy Wiedeńskiego Wydziału lekarskiego. Pomnik ten stawiamy niezapomnianemu, przedwcześnie zmarłemu szlachetnemu lekarzowi".

Zmarli.

W Poznaniu zmarł dr. Stanisław Klocek, lekarz pułkownik rezerwy. Zmarły do czasu przeniesienia Nowin Społeczno-Lekarskich do Warszawy prowadził Administrację tego Czasopisma. Wśród kolegów poznańskich cieszył się wielką sympatją za prawość swego charatkeru. Cześć Jego pamięci!

Redakcja otrzymała:

A. Porot: „Les syndromes mentaux". Nakł. firmy Gaston Doin et Cie Paris.

Vittorio Pettinari: „Greffe ovarienne et action endocrine de l'ovaire. Nakł. G. Doin et Cie Paris.

Raymond Mallet: „Les obsédes". Nakł. firmy Gaston Doin et Cie Paris.

Paul Veil et Juan Codina-Altés: „Traité d'électrocardiographie clinique". Nakł. G. Doin et Cie Paris.

Dr. Józef Fritz: „Medizinisches in den Faust und Wagnervolksbüchern". Odb. z „Janus" Archives internationales pour l'histoire de la médecine et la géographie médicale. 32-me année, 1928. S. 207 — 220 (3 Tabl.).

G. Papacostas et J. Gaté: „Les associations microbiennes leurs applications thérapeutiques". Nakł. firmy Gaston Doin et Cie Paris.

Claude Gautier et René Wolff: „Le métabolisme basal ses applications en clinique". Nakł. firmy Gaston Doin et Cie Paris.

Zdz. Świder: „O rozpoznawaniu gruźlicy płuc u dzieci". Odb. z Nr. 18 „Medycyny" z r. 1928. Praca nagrodzona 2-gą nagrodą na konkursie czasopisma „Medycyna".

Ludwik Dydyński: „Technika zabiegów wodo- i ciepłoleczniczych (Hydroterapja i Termoterapja)" z rysunkami. Tom I. Wydawnictwo Związku uzdrowisk polskich. Warszawa 1928.

Józef Fritz: „Erinverungen an deutsche Medizin in den Memoiren des polnischen Augenarztes Wiktor Szokalski. Odb. z „Janus" Archives internatonales pour l'histoire de la médecin. Tome XXXII, 1928, pag. 243—254.

Edward Rosset: „Samorząd a problem mleczny". Nakładem Magistratu m. Łodzi. Łódź 1928.

Henryk Higier: „Niemoc płciowa i bezpłodność u mężczyzn i kobiet ze stanowiska neurologa". Nakładem wydawnictwa „Wykładów lekarskich". Warszawa 1928.

Henryk Higier: „Swoiste przerzuty mózgowe ze strony ukrytego Deciduoma malignum s. Chorionepithelioma u mężczyzny (amaurosis, hemianopsia homonyma, ophtalmoplegia cruciata, hallucinatio unilateralis)". Odb. z Warszawskiego Czasopisma lekarskiego Nr. 11, z r. 1926.